

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1908

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Juillet 1908

Par M. Elie HARDOUIN

Né à Rennes, le 25 janvier 1876

Ancien interne des Hôpitaux du Hâvre

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS
POUR ABSENCES ET IMPERFORATIONS
ANO-RECTALES

Président : M. KIRMISSON, Professeur.

M. PINARD, Professeur.

Juges : M. RECLUS, Professeur.

M. COUVELAIRE, Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1908

၁၅၈

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS
POUR ABSENCES ET IMPERFORATIONS
ANO-RECTALES

A MON PÈRE

A Mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS
POUR ABSENCES ET IMPERFORATIONS
ANO-RECTALES

INTRODUCTION

L'étude des vices de conformation de l'anus et du rectum a été maintes fois entreprise. Les auteurs en ont longuement expliqué la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le traitement, et les remarquables travaux qu'ils nous ont laissés semblent avoir jeté un jour suffisant sur la question pour qu'il n'y ait plus à y revenir. Mais il est un point qui nous paraît avoir été, malheureusement, beaucoup trop laissé dans l'ombre. Nous voulons parler du pronostic. C'est très bien, en effet, de savoir pourquoi et comment se produit une imperforation ; quels en sont les symptômes, et quels procédés nous permettront de créer un anus ou le rendre perméable, mais cela suffit-il ? Ne doit-on pas se demander aussi ce que devient le petit opéré ? On nous dit bien qu'il ne meurt que rarement sur la table d'opération, que souvent la plaie opératoire guérit, et que, pendant ce temps, l'état général s'est amélioré, mais nous voudrions

savoir comment, dans la suite, fonctionne son anus? Quels sont les incidents et les accidents qui se produisent? En un mot, combien de temps vit l'enfant, et quelle est sa vie? C'est à ces questions que, dans ce modeste travail, nous avons voulu répondre.

Pour ne pas être entraîné trop loin, nous nous occuperons seulement des imperforations ano-rectales et des absences d'anús, laissant de côté les rétrécissements et les abouchements anormaux du rectum.

En quelques mots, absolument nécessaires pour bien comprendre le sujet traité, nous rappellerons l'histoire, l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces malformations, ainsi que les diverses méthodes opératoires; puis nous passerons en revue les résultats fournis par les divers auteurs, après quoi, à notre tour, nous appuyant sur les nombreuses observations qui nous sont passées entre les mains, nous chercherons à établir une statistique des résultats obtenus. Ceci nous amènera à rechercher quelles sont les complications tardives du traitement des imperforations ano-rectales.

Mais avant d'aborder cette étude, nous nous faisons un devoir d'apporter le tribut de notre respectueuse reconnaissance à nos Maîtres de l'Ecole de Rennes. Par leur dévouement et leur savoir, ils ont contribué à développer notre instruction médicale, et nous ont rendu apte, une fois privé de leur concours, à nous perfectionner dans une science dont ils nous ont inculqué les premières notions.

Après que nous eûmes débuté dans la vie clinique sous la bienveillante direction de MM. les Docteurs BERTHEUX et DAYOT, M. le Docteur LHUISSIER nous donna nos premières leçons d'anatomie. MM. LAUTIER, LEFEUVRE, CASTEX, PERRIER, MILLARDET, BODIN, BRUTÉ DE RÉMUR, VÉRON et FOLLET nous enseignèrent successivement les diverses branches de la

médecine, avec une autorité à laquelle nous sommes heureux de rendre hommage.

Que tous recoivent ici l'assurance de notre respectueuse reconnaissance et de notre profond dévouement.

M. le Docteur PERRIN DE LA TOUCHE, directeur de l'Ecole de médecine, dont nous eûmes l'honneur d'être le préparateur pendant deux années, nous témoigna toujours une grande bienveillance. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueux dévouement.

Nous n'oublierons pas non plus M. le Docteur PERRET, ce maître, aujourd'hui disparu, mais dont nous évoquons souvent la figure, car elle est pour nous l'image d'un passé médical tout empreint de dignité et de bonté.

Que M. le Docteur LE MONIET, qui fut pour nous un ami autant qu'un maître, et près duquel nous avons toujours reçu le plus charmant accueil, nous permette de lui en témoigner aujourd'hui toute notre reconnaissance.

Nous garderons toujours le meilleur souvenir des quelques mois passés aux Hôpitaux du Havre; nous n'oublierons, ni nos maîtres, les docteurs SIMON, DEVILLE, LAURENT, CARON et TERMET, ni nos camarades d'internat, qui tous ont contribué à nous rendre si instructives et si douces les heures trop courtes que nous avons vécues parmi eux.

L'idée de ce travail nous a été donnée par notre frère, le docteur Paul HARDOÛN, professeur suppléant à l'Ecole de médecine; nous tenons à lui en adresser tous nos remerciements.

Merci également à tous ceux qui ont bien voulu nous fournir des documents pour cette thèse et en particulier à Monsieur le professeur KIRMISSON; MM. LEJARS, MAUCLAIRE, professeurs agrégés et chirurgiens des Hôpitaux de Paris; MOUCHET, chirurgien des Hôpitaux de Paris; MONNIER, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph; DAYOT, LE MONIET, VÉRON, professeurs à l'Ecole de médecine de Rennes; TERMET, GUILLOT,

WALCH, chirurgiens des Hôpitaux du Havre ; PLANCHU, COMMANDEUR, CAVAILLON, VIGNARD, NOVÉ JOSSERAND, professeurs et agrégés de la Faculté de Lyon ; CIVEL, chirurgien des Hôpitaux de Brest ; SOUBEIRAN, professeur à la Faculté de Montpellier ; POISSON, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; GHENTCHEFF, chirurgien des Hôpitaux de Sofia ; CATHALA, chef de clinique de la Faculté de Paris.

Pour la plupart, nous étions un inconnu ; tous nous ont accueilli avec une bienveillance dont nous avons été profondément touché.

Que Monsieur le Professeur KIRMISSON, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer l'expression de notre plus respectueuse gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

En face des imperforations ano-rectales, la première pré-occupation des médecins, fut le *traitement*. Nous n'en sommes point surpris, car il était naturel d'aller au plus pressé. Il nous faut cependant arriver jusqu'au vi^e siècle pour trouver des renseignements opératoires précis. Paul d'Egine donne alors le conseil de plonger un bistouri dans l'ampoule rectale, là où elle est le mieux sentie, puis de faire de la dilatation au moyen d'une sonde.

Quatre siècles plus tard, ALBUCASIS recommande l'incision. On placera ensuite dans la plaie une canule de plomb, qu'on retirera chaque fois que l'enfant voudra aller à la selle.

Les choses en restent là jusqu'en 1710. C'est alors que LITTRE préconise l'opération de l'anus iliaque, qui porte son nom. Elle ne devait être, du reste, exécutée pour la première fois qu'en 1783 par DUBOIS.

En 1800, CALLISEN pratique l'anus lombaire.

Trente-cinq ans plus tard, AMUSSAT recommande la proc-

toplastie, à laquelle avait songé DIEFFENBACH, et fixe nettement les règles de cette opération.

Les trois voies d'accès vers l'intestin, iliaque, lombaire, périnéale, étaient donc désormais ouvertes. Dans la suite il n'a été apporté que des perfectionnements de technique à ces méthodes.

Voilà pour les opérations.

Quant à l'*anatomie pathologique* des malformations, on commence à s'en occuper sérieusement au début du xix^e siècle. Les recherches auxquelles se livrent GOYRAND (d'Aix), GIRALDÈS, FRIEDBERG et surtout TRÉLAT leur permettent d'établir d'intéressantes classifications généralement acceptées aujourd'hui.

La *pathogénie*, à son tour, est mise en lumière, mais plus tard, par DUVAL, CADIAT, JEANNEL, HIS, HERMANN, HERTWIG, TOURNEUX, RETTERER, qui fixent d'une façon à peu près définitive le développement embryogénique de l'anus et du rectum.

Mais si, maintenant, nous cherchons un travail d'ensemble donnant avec les succès opératoires obtenus les *résultats éloignés*, nous ne trouvons presque rien. Les statistiques de GIRALDÈS, dans le Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques; celles de CURLING et de CRIPPS, d'ANDERS et de BODENHAMER, quoiqu'intéressantes, ne suffisent pas à nous renseigner. Nous en dirons autant de celles, toutes récentes, établies par MM. DUCURON et Jean BUTAUD dans leurs thèses inaugurales.

Il y a donc là, nous semble-t-il, une importante lacune à combler.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

TRÉLAT, se basant sur l'anatomie, avait classé les malformations ano-rectales en quatre catégories :

Les rétrécissements ;

Les imperforations ou atrésies ;

Les absences ;

Les abouchements anormaux.

C'est cette classification que nous adopterons, mais en laissant de côté les rétrécissements et les abouchements anormaux, qui ne rentrent pas dans notre sujet.

IMPERFORATIONS. — Elles peuvent porter soit sur l'anus, soit sur le rectum.

Si l'imperforation porte sur l'anus, celui-ci peut présenter son aspect normal et n'être séparé du rectum, également bien conformé, que par une mince cloison qui bombe pendant les cris de l'enfant et laisse voir par transparence le méconium accumulé au-dessus d'elle. Mais il peut aussi exister là une barrière d'un à plusieurs centimètres d'épaisseur. L'anus se trouve alors réduit à une petite fossette à bords irréguliers.

Si l'imperforation porte sur le rectum, l'anus a sa conformation normale, et ce n'est qu'à une profondeur variant de quelques millimètres à 2, 3 ou 4 centimètres, qu'on rencontre la membrane plus ou moins épaisse, qui fait obstacle au passage des matières.

ABSENCES. — L'absence de l'anوس et l'absence du rectum peuvent exister ensemble ou isolément.

L'anوس manque. Aucune dépression ne l'indique; la peau passe directement d'une fesse à l'autre, et le périnée semble élargi. On ne retrouve plus les fibres musculaires du sphincter.

Le rectum oblitéré se présente sous l'aspect d'un cordon fibreux d'une longueur variable, l'oblitération pouvant remonter parfois jusque sur l'S iliaque. La vessie, chez l'homme, l'utérus et le vagin, chez la femme, se portent vers le sacrum, prennent la place du rectum absent et s'interposent entre l'anوس et l'ampoule, qu'entoure le péritoine.

En outre les ischions sont souvent rapprochés et le bassin en entonnoir présente un diamètre inférieur très rétréci.

CHAPITRE III

Pathogénie

C'est à l'embryologie qu'il nous faut recourir pour avoir l'explication de ces malformations ano-rectales. Elle nous montre le développement simultané mais indépendant de l'anus et du rectum et le mode de cloisonnement du cloaque primitif.

1° La partie terminale du tube intestinal se continue en arrière vers l'extrémité caudale de l'embryon. Sur sa paroi antérieure se forme un bourgeon creux, le bourgeon allantoïdien, qui donnera la vessie. Donc à ce moment, l'allantoïde (vessie) et l'intestin terminal (rectum) communiquent : c'est le cloaque interne que ferme en bas la membrane anale, accollement de l'ectoderme à l'endoderme ;

2° La partie toute postérieure de l'intestin, intestin post-anal, s'atrophie et disparaît. Le cloaque se cloisonne, les uns disent par descente de l'éperon périnéal qui sépare l'allantoïde de la vessie, les autres par rapprochement transversal et fusion sur la ligne médiane des deux replis latéraux de RATHKE, fusion qui se fait de haut en bas ;

3° La membrane anale s'est épaissie et forme bouchon. Sa partie centrale se creuse de lacunes, se résorbe et ainsi se crée l'orifice anal. Cet orifice est limité en avant par le repli ano-génital de RETTERER, résultat de la fusion transversale des replis de RATHKE, qui le sépare de l'orifice antérieur allantoïdien, futur orifice ano-génital.

Supposons maintenant que le travail de régression qui porte sur l'intestin post-anal s'étende trop loin, le rectum sera atrophié, rétréci par des brides, ou même réduit à un simple cordon fibreux. Que le bouchon cloacal ne soit pas résorbé, il y aura absence d'anus ; que cette résorption soit incomplète, nous aurons les imperforations, les étroitesse congénitales, les valvules circulaires, les brides.

Quant aux abouchements anormaux, que nous laissons de côté, ils sont dus à un défaut total ou partiel du cloisonnement du cloaque.

CHAPITRE IV

Traitement

Sommaire : — But de l'opération. — Ponctions et incisions simples. — Méthode d'Amussat : modifications apportées dans la ligne d'incision et les sutures ; résections du coccyx et du sacrum ; laparotomie périnéale. — Méthode de CALLISEN. — Méthode de LITRE. — Méthode des opérations associées.

Il existe un grand nombre de procédés pour le traitement des imperforations et absences d'anus. En les préconisant, leurs auteurs devaient se proposer deux buts : faire disparaître les accidents immédiats de rétention stercorale ; établir dans les meilleures conditions possibles un anus définitif. Celui-ci doit, en effet, réunir certaines conditions : perméabilité suffisante pour toutes les matières, quelle que soit leur consistance ; continence absolue en dehors de la défécation ; situation propice, la meilleure étant celle choisie par la nature ; persistance indéfinie de toutes ces qualités.

Le premier de ces buts est généralement atteint, l'autre ne l'est pas toujours.

Nous allons successivement passer en revue les divers procédés opératoires.

1^o PONCTIONS ET INCISIONS SIMPLES. — La ponction, premier procédé employé, consistait à plonger le bistouri dans le fond de l'anus imperforé. On plaçait ensuite une sonde à demeure pour calibrer le trajet créé. Dans le même but on

s'est servi du trocart et des instruments les plus divers. Ce procédé brutal, aveugle et dangereux, est à rejeter.

L'incision cruciale est indiquée quand l'obstacle consiste en une simple membrane à travers laquelle transparait le méconium, lorsqu'on sent bomber l'ampoule rectale au fond de la dépression anale. Cette incision doit être prudente et il est bon de limiter la partie tranchante du bistouri en enveloppant plus ou moins sa lame de diachylon.

2^o MÉTHODE D'AMUSSAT. — Elle est employée quand l'ampoule rectale semble haut située. C'est une opération d'urgence, qui sera pratiquée séance tenante. L'enfant bien enveloppé est placé dans la position de la taille. On peut lui donner quelques gouttes de chloroforme; il les supportera très bien. La région est aseptisée.

On fait une longue incision médiane et verticale, allant de la racine des bourses ou de la fourchette vulvaire à la pointe du coccyx. A petits coups, on sectionne le tissu cellulaire sous-cutané. On récline les fibres du sphincter externe et, au milieu du tissu cellulaire sous-jacent, on aperçoit un globe noirâtre, volumineux, tendu : c'est l'ampoule.

La découverte de l'ampoule est souvent difficile. On place alors une sonde dans la vessie ou dans le vagin, comme point de repère, pour ne pas léser ces organes. Sans compter sur le cordon fibreux inconstant et souvent confondu avec quelques tractus cellulaires, on cherche avec le doigt dans la concavité du sacrum, pour y découvrir l'ampoule qui bombe pendant les cris de l'enfant.

Une fois qu'on a l'ampoule, on la libère au moyen du doigt ou de la sonde cannelée, puis on la saisit avec des pinces et on cherche à l'abaisser. Lorsqu'elle est mince, distendue, elle peut se rompre en inondant la plaie de méconium. On donne un grand lavage à l'eau tiède, puis l'ampoule vidée est abaissée. Il ne reste plus qu'à la fixer. Si la rupture

ne s'est pas produite, on la fixe tout d'abord au centre de l'incision antéro-postérieure, au milieu des fibres musculaires du sphincter. Pour cela il faut passer latéralement deux points de suture non perforants. Ainsi amarrée, l'ampoule est abaissée et accolée aux deux lèvres de la plaie. Cette plaie, trop grande, est réunie par quelques points de suture, en avant et en arrière, si on le juge nécessaire. Ceci fait, une large ouverture donne issue au méconium. On lave et on suture la muqueuse à la peau de manière à ourler soigneusement ce qui sera l'orifice anal.

Plusieurs modifications ont été apportées au manuel opératoire.

Au point de vue de l'incision, on a préconisé successivement les incisions en T (AMUSSAT), cruciale, transversale. (FOURNIER, d'Amiens). On cherchait ainsi une voie d'accès un peu plus large pour pénétrer dans l'excavation.

Pour les sutures, M. VINCENT (de Lyon) fait deux plans. L'un est profond, fixant les parois de l'ampoule encore intacte aux bords de la cavité creusée dans le périnée. Après avoir bien accolé la face externe de l'intestin aux parois cruentées, on donnera issue aux matières. Puis on procédera au deuxième plan de sutures pour unir la muqueuse aux téguments. Les lèvres de l'intestin incisées seront étalées en rebord de chapeau et suturées à la peau par des crins de Florence.

Pour prévenir la rétraction cicatricielle, il éloigne de l'ouverture l'ourlet cutanéomuqueux. Pour cela, il enlève autour de l'anus un ovale de peau, dont la place cruentée sera tapissée par le rebord en chapeau de la muqueuse.

Ce mode de sutures protège contre l'infection primitive et la rétraction secondaire.

Il peut arriver que, par l'incision périnéale, l'opérateur ne puisse atteindre ou abaisser suffisamment l'ampoule rectale. Que faire? Il faut se donner du jour.

Dans ce but, VERNEUIL, dès 1854, conseille la *résection* du coccyx. La mutilation, ainsi faite, ne semble pas avoir d'inconvénient sérieux. — Les Allemands (BARDENHEUER, KRASKE), poussant plus loin les choses, résèquent une partie plus ou moins considérable du sacrum. C'est faire un gros sacrifice pour en retirer un bien faible avantage. M. VINCENT préconise enfin de contourner l'obstacle, qu'on ne veut pas supprimer. L'incision remontera le long du bord du sacrum, qui sera récliné. On pourra ainsi atteindre une ampoule située jusqu'à cinq centimètres de profondeur.

On peut encore, comme le recommande M. COMMANDEUR et suivant l'exemple de STROMEYER, LEISIRINK, ANDERS et FOCHIER, faire une vraie laparotomie périnéale.

On enfonce la main à travers la péritoine incisé, pour chercher l'ampoule vers la fosse iliaque, où on la libère de ses adhérences à la paroi et aux organes voisins; on la saisit avec une pince et l'abaisse.

3^o MÉTHODE DE CALLISEN. — Cette opération est complètement abandonnée aujourd'hui, comme moins facile, plus longue et moins sûre que l'opération de Littre. Elle avait été préconisée avant l'ère antiseptique, parce que, dans la recherche de l'intestin par la voie lombaire, le péritoine n'était pas intéressé, ce qui diminuait d'autant les chances d'infection.

4^o MÉTHODE DE LITTRE. — L'anus iliaque est une opération de nécessité. On le créera dans la fosse iliaque gauche, suivant la technique habituelle, sur laquelle nous n'insisterons pas. On appliquera cette méthode quand le petit malade complètement épuisé est incapable de supporter une longue intervention. On pourra ainsi le sauver, mais ce sera seulement au prix d'une terrible infirmité. C'est pourquoi on recourt autant que possible au procédé suivant.

5^o MÉTHODE DES OPÉRATIONS ASSOCIÉES. — Lorsque les premiers accidents sont passés, on cherche à créer secondaire-

ment un anus périnéal. KRONLEIN, le premier, a réussi cette opération; LANNELONGUE, ANDREW, KIRMISSON et LEJARS l'ont préconisée.

On introduit une sonde ou une pince par l'anوس iliaque dans la partie inférieure de l'ampoule, qu'on déprime et refoule vers le fond du bassin. Par une incision périnéale médiane, on va rechercher cette ampoule, qu'on découvre facilement, en se guidant sur la saillie de la pince. Il ne reste plus qu'à l'attirer et la fixer.

Sur les données de MAC-LÉOD (de Shangaï), M. CHALOT a opéré avec succès, par le même procédé, mais avec une technique un peu différente, un nouveau-né chez lequel l'ampoule rectale était très haut située. Il fit une incision au niveau de la fosse iliaque gauche, comme pour établir un anus artificiel, attira au dehors l'ampoule rectale, la vida par une petite incision, qu'il referma ensuite, en laissant aux deux extrémités du fil toute leur longueur. Il se servit ensuite de ce fil pour attirer dans la plaie périnéale l'extrémité de l'intestin, qu'il fixa comme dans le procédé ordinaire d'anوس périnéal.

Telles sont les diverses interventions préconisées dans les cas d'imperforation ou d'absence d'anوس. Nous les avons exposées aussi complètement que possible, mais sans en discuter, ni les avantages, ni les inconvénients. Nous considérons, en effet, que l'étude approfondie que nous allons entreprendre maintenant, au moyen des nombreuses observations que nous avons recueillies, montrera suffisamment quels sont les résultats immédiats et tardifs que le chirurgien peut attendre de ces divers procédés.

SECONDE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Etude des statistiques.

Sommaire : — Opinions d'un certain nombre d'auteurs sur les résultats obtenus. — Les statistiques : leur valeur réelle ; chiffres discutables au point de vue de la survie ; nuls pour les résultats tardifs. — Etude critique des statistiques de BOUSSOU, ANDERS, DURAND, GIRALDÈS, DUCURON. — Nécessité d'établir les statistiques sur des bases autres que les résultats opératoires immédiats.

Combien d'enfants survivent à l'opération ? Quelle est la durée de cette survie ? Comment fonctionnent leur anus et leur rectum pendant ce temps ? Telles sont les trois questions dont nous allons chercher maintenant la réponse dans les travaux antérieurement publiés sur ce sujet.

Il est intéressant, pour commencer, de voir l'opinion émise, en ce qui concerne la survie, par un certain nombre d'auteurs.

On a admis pendant longtemps que, chez les imperforés, l'opération n'était pas grave s'il ne se produisait pas d'hémorragie abondante. En 1877, après avoir entendu relater par POLAILLON un succès obtenu peu de jours auparavant par une ponction, M. CHARRIER, moins optimiste, déclarait qu'il avait

vu plusieurs fois à la Maternité des opérations pratiquées pour ce genre de lésions et, bien que l'intervention eût été très simple, la mort n'en était pas moins toujours survenue au bout d'un certain temps.

Dans sa thèse inaugurale, M. LOBLIGEIS assurait que l'hérédité ne jouait aucun rôle au point de vue des imperforations, et cela, pour une bonne raison, c'est que tous les enfants mouraient avant d'avoir pu se reproduire. Contre cette affirmation proteste la célèbre observation de HADRA (de Berlin), concernant deux familles, dans lesquelles il avait relevé six cas d'imperforation. Or le père dans une famille, la mère dans l'autre, tous les deux frère et sœur, avaient été opérés pour imperforation, avaient survécu et s'étaient mariés. Il est vrai que c'est là un fait exceptionnel à tous les points de vue.

Enfin, tout dernièrement, au mois d'avril 1908, M. BOUCHACOURT, à propos d'une observation de M. FOURNIER (d'Amiens), disait à la Société d'obstétrique : « J'ai pu me convaincre, en faisant des recherches bibliographiques à ce sujet, qu'un bien petit nombre d'enfants à anus imperforé ont atteint l'âge adulte. Presque tous les cas publiés sont malheureux. Que doivent être alors ceux restés dans les cartons ? »

Mais ces diverses déclarations, relatives uniquement, du reste, à la question de survie, ne sont pas suffisantes pour nous permettre une appréciation sérieuse. Il nous faut recourir aux documents mêmes, et ceux que nous avons à notre disposition sont les statistiques.

Malheureusement ces statistiques sont trompeuses, et passent forcément sous silence beaucoup de cas malheureux qui n'ont pas été publiés.

Si nous nous plaçons au point de vue de la survie, nous serons mieux fixés par les statistiques récentes. Autrefois on

publiait peu et l'on n'enregistrait guère que les succès ; le reste assurément n'en valait pas la peine.

Il y avait, en somme, peu de cas connus, aussi les retrouve-t-on toujours cités dans les diverses statistiques. Ils étaient devenus presque classiques, tels celui de DURET, ceux de MIRIEL, etc. — Aujourd'hui on écrit davantage et les résultats bons ou mauvais sont relativement mieux connus.

Maissi nous cherchons la durée de cette survie, c'est aux vieilles statistiques qu'il faut nous adresser. Les succès relativement rares intéressaient le chirurgien ; il en était fier ; il aimait à les rappeler ; il suivait autant que possible son malade. — Aujourd'hui, nos chirurgiens, surmenés, n'ont guère le temps de s'en occuper. Ils publient peu après les résultats obtenus. S'ils veulent faire plus tard des recherches, le malade, souvent un malade d'hôpital, est parti au loin et l'on ignore absolument ce qu'il est devenu. Et puis, si l'on apprend qu'il est mort, est-ce donc bien la peine de l'annoncer à grands cris... ?

Quant à rechercher dans les statistiques les incidents ou accidents survenus tardivement au malade, c'est bien inutile. Elles sont muettes sur ce point. Si vous voulez savoir quelque chose, dépouillez les observations, vous y trouverez des renseignements sur les quelques mois qui ont suivi l'opération, et puis, fiez-vous au hasard qui, quelquefois, mais bien rarement, fait retrouver dans les hôpitaux, au bout d'un temps plus ou moins long, un malade jadis traité pour une imperforation et qui revient avec quelque complication tardive.

Ceci dit, nous allons passer en revue les diverses statistiques que nous avons pu nous procurer.

Nous ne nous arrêterons pas à celles de CURLING ou de CRIPPS, que nous n'avons pu vérifier. Tout au plus retiendrons-nous, en passant, celle, bien insuffisante d'ailleurs,

donnée par Bouissou dans sa thèse de 1851. Selon lui, sur 21 opérations pratiquées d'après la méthode iliaque et connues en 1835,

Il y avait : $\left\{ \begin{array}{l} 7 \text{ guérisons.} \\ 8 \text{ morts.} \\ 5 \text{ résultats inconnus.} \end{array} \right.$

Les guérisons étaient prouvées par des survies de 17-18-27 et 47 ans.

Quels étaient les cas opérés : imperforations, absences ou abouchements anormaux ? Nous n'en savons rien. Quel était l'état de fonctionnement de l'anus et du rectum ? Nous n'en savons pas davantage. Seule la survie est certaine.

Dans un mémoire de ANDERS, nous trouvons réunis 100 cas appartenant à peu près tous à la période antiseptique. Tous ces cas, il les avait réunis en bloc, les classant selon le mode opératoire, mais sans se préoccuper de savoir s'il y avait imperforation simple ou abouchements anormaux, et quel pouvait être l'état du sujet avant l'opération. On trouve :

		Succès.	Morts.
Proctoplasties.....	44	31	13
Incisions simples et ponctions.....	32	21	11
Colotomies.....	21	10	11
Sans opération.....	3	2	1

Ces 2 derniers cas se rapportaient à des anus vaginaux.

L'auteur, en analysant de plus près les observations, trouvait que parmi les 13 cas de mort après proctoplastie, il y avait : 1 enfant prématuré — 1 hémophile — 1 autre atteint de péritonite avant l'intervention — 1 mort par inanition — 1 par persistance de l'occlusion, l'intestin étant obstrué en un point élevé de l'abdomen.

Nous voilà donc encore une fois renseigné sur le nombre d'enfants qui ont survécu. On nous dit même les causes de

la mort de quelques opérés. Nous ne savons rien par ailleurs.

M. DURAND, dans son intéressant article de la *Gazette des Hôpitaux* de 1894, additionne les statistiques de CURLING, BODENHAMER et ANDERS, concernant les colotomies iliaques et lombaires.

Sur 84 colotomies, on trouve encore : $\left\{ \begin{array}{l} 33 \text{ succès.} \\ 47 \text{ morts.} \\ 4 \text{ résultats inconnus.} \end{array} \right.$

« Il est bien entendu, nous dit-il, que, sous le nom de succès, on ne comprend que des malades ayant réellement survécu à l'opération, et non ceux qui sont morts quelques jours seulement après. »

Là encore nous connaissons la survie, une survie réelle, mais pour le reste nous ne trouvons rien de ce que nous cherchons.

Du reste, un certain nombre de ces cas doivent faire double emploi avec ceux rapportés par BOUISSOU et GIRALDÈS.

Celui-ci, dans son savant article du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, donne en effet un : Tableau résumant les principaux cas de colotomie pratiqués avant 1865

Ce tableau comprend 33 cas, donnant : $\left\{ \begin{array}{l} 15 \text{ succès.} \\ 18 \text{ morts.} \end{array} \right.$

Mais ce sont là, comme le dit l'auteur, les principaux cas, c'est-à-dire, ceux qui ont le plus frappé les médecins et, vraisemblablement, ce sont des cas soigneusement triés. On est d'autant plus admis à le supposer qu'on n'y trouve que 33 cas, et cela pour une période qui va de 1783 à 1865, c'est-à-dire pour plus de 80 ans.

Du reste, dans ce tableau figurent des cas d'abouchements

anormaux du rectum. Il ne nous renseigne ni sur la durée de la survie, ni sur les complications tardives.

Nous ne voulons pas prolonger indéfiniment cette analyse, qui deviendrait fastidieuse; nous laisserons donc de côté la statistique de WELMER-RIDGWAY BATT, résumée par JOHN ORRHUST. Elle ne nous apprendrait, du reste, rien de plus. Arrivons aux travaux tout récents.

M. DUCURON, dans sa thèse inaugurale, donne un tableau de 52 cas opérés par la voie périnéale, de 1862 à 1886.

Sur ces 52 cas, il en écarte 4, parce que : dans l'un la mort est survenue par perforation; dans 2 autres, l'ampoule rectale n'ayant pas été trouvée, les parents refusèrent une autre opération; dans le dernier, la mort était due à une autre malformation.

Donc, d'après lui, il reste 48 cas donnant : $\left\{ \begin{array}{l} 28 \text{ succès.} \\ 20 \text{ morts.} \end{array} \right.$

Mortalité 41, 6 o/o.

Nous ferons d'abord remarquer que les 2 cas où l'ampoule n'a pu être découverte pourraient, avec raison, être considérés comme des insuccès, mais ne chicanons pas.

La statistique comprend des abouchements anormaux.

Il y en a 10 donnant $\left\{ \begin{array}{l} 8 \text{ succès} \\ 2 \text{ morts.} \end{array} \right.$

Laissons-les de côté, il doit nous rester :

38 cas avec $\left\{ \begin{array}{l} 20 \text{ succès} \\ 18 \text{ morts.} \end{array} \right.$

Or, au lieu de 20 succès, nous n'en trouvons que 17, à moins qu'il nous faille admettre comme guéris des malades que l'auteur reconnaît, par ailleurs, avoir succombé : 6 mois, 5 mois et 35 jours après l'opération.

Voyons ce que sont devenus les enfants guéris.

Six d'entre eux ont été perdus de vue. Que sont-ils devenus? Nous n'en savons rien.

Six autres n'ont pas présenté de complications, mais combien de temps ont-ils été suivis? 9 mois — 2 mois — 7 semaines — 3 mois — 6 semaines — quelques jours, jusqu'au moment où la mère est sortie de la Maternité.

Affirmer au bout de ce temps qu'ils sont définitivement guéris est certainement hasardé, surtout pour les 4 derniers.

Des cinq autres : l'un, suivi 3 mois, a dû subir, pendant ce temps, une intervention nouvelle pour atrésie.

Un autre, suivi également 3 mois, a présenté lui aussi un rétrécissement, avec formation d'une fistule, d'où la nécessité d'une seconde opération.

Un troisième, parti de l'hôpital au bout d'un mois, présentait déjà un léger rétrécissement.

Le malade de TRÉLAT (obs. II), arrivé à 35 ans, ce qui est assurément un fort beau succès, n'avait jamais pu cependant aller à la selle sans prendre de lavement, par suite de rétrécissement.

Sont-ce là des cas où l'on puisse dire qu'il y a guérison sans faire la moindre restriction?

Mais ce qui nous semble le comble de l'optimisme, c'est de considérer comme guéri l'opéré de COSKERY (1). Suivi pendant 3 mois 1/2, du 15 novembre au 27 février, cet enfant subit, pendant ce temps, deux ponctions. On dut lui faire de la dilatation trois fois sous chloroforme (du 17 janvier au 16 février), ce qui prouve assurément une grande difficulté à vaincre l'atrésie consécutive à l'opération et c'est le jour de son départ seulement qu'on commençait à lui faire de la dilatation progressive avec une bougie.

En résumé, si nous voulions établir la statistique des opé-

(1) COSKERY, *New-York med. Journ.*, juillet 1886.

rés de M. DUCURON, nous le ferions de la façon suivante .

Sur 38 cas opérés	}	21 morts
		6 résultats inconnus
		5 guérisons (?) avec complications
		6 guérisons sans complications, mais insuffisamment suivies.

Cette différence d'interprétation vient uniquement de ce que M. DUCURON, et la plupart des auteurs ne considèrent que les résultats opératoires immédiats, et déclarent l'enfant guéri quand la plaie est cicatrisée, tandis que nous nous préoccupons des résultats tardifs.

Nous pourrions faire les mêmes recherches sur les chiffres fournis par M. BUTAUD. Nous arriverions à des conclusions semblables. Il nous semble inutile d'insister.

Nous sommes donc en droit de tirer cette conclusion, que les statistiques établissant jusqu'ici les résultats obtenus dans le traitement de l'imperforation de l'anus, se basant uniquement sur les résultats opératoires, sans tenir compte ni de la durée de la survie, ni des complications tardives, sont absolument insuffisantes pour nous renseigner sur le pronostic de ces malformations.

C'est là ce que nous voulions démontrer.

CHAPITRE II

Statistique personnelle

Sommaire : — Classement de nos observations suivant le mode opératoire. — Résultats globaux obtenus pour la survie : mortalité énorme du 1^{er} mois ; minime proportion des opérés atteignant l'âge adulte. — Résultats suivants le mode opératoire.

Nous allons maintenant chercher à établir une statistique qui donne une idée vraie des résultats obtenus. Nous le ferons en nous appuyant sur nos observations personnelles, dont plusieurs sont inédites, et sur celles contenues dans les thèses de MM. BUTAUD et DUCURON.

Nous avons ainsi à notre disposition 223 observations. Elles se répartissent, au point de vue des opérations, de la façon suivante :

Ponctions et incisions simples.....	53
Méthode d'Amussat.....	73
Voie périnéale. Méth. inconnue.....	8
Méthode de Littre.....	63
Méthode de Callisen.....	10
Méthodes associées.....	16

Voici de quelle manière nous classerons les résultats obtenus :

1^o Décès pendant le 1^{er} mois. — Ce temps correspond à peu près à celui qui est nécessaire à la complète guérison opératoire. Nous noterons en passant les décès de la première semaine, qui sont sous la dépendance directe de l'intervention.

2^o Décès pendant la 1^{re} année.

3° Résultats inconnus. — Nous mettrons dans cette catégorie tous les enfants qui ont été perdus de vue au cours de la 1^{re} année, car, réellement, ils se trouvent encore trop menacés par les complications consécutives à l'opération pour qu'on puisse dire qu'ils sont guéris.

4° Enfants vivants. — Ce sont ceux qui, n'ayant pas encore un an, sont connus et peuvent être suivis.

5° Opérés ayant dépassé la 1^{re} année. — Beaucoup peuvent mourir encore, mais on a déjà obtenu un résultat sérieux. De plus, ils ont vraisemblablement, reçu des soins intelligents et il y a des chances sérieuses qu'ils vivent.

Voici donc les résultats globaux obtenus :

Sur 223 opérés :	{ 124 sont morts dans le 1 ^{er} mois, dont 99 dans la 1 ^{re} semaine. 15 autres sont morts avant 1 an.	
	{ 51 résultats sont inconnus dont :	{ 5 seraient bons, malgré les renseignements insuffisants. 29 perdus de vue après quelques jours. 5 — entre 2 et 6 mois. 12 — entre 6 mois et 1 an.
	{ 3 enfants sont actuellement vivants (6 semaines, 11 mois, 1 an).	
	{ 30 ont dépassé 1 an :	{ de 1 à 10 ans 14 de 10 à 20 ans 3 de 20 à 30 ans 6 de 30 à 40 ans 1 au-dessus de 40 ans 6

Si l'on veut savoir maintenant ce qui revient à chaque opération, on pourra consulter les tableaux suivants :

Ponctions et incisions simples.

53 cas :	{ 29 morts dans le 1 ^{er} mois, dont 24 la 1 ^{re} semaine. 1 autre mort avant 1 an.	
	{ 21 résultats in- connus dont :	{ 14 perdus de vue après quelques jours. 4 — entre 2 et 6 mois. 3 — entre 6 mois et 1 an.
		{ 2 ont dépassé 1 an, de 1 à 10 ans.

Méthode d'Amussat.

73 cas :	{	35 morts dans le 1 ^{er} mois, dont 25 la 1 ^{re} semaine.		
		6 autres morts avant 1 an.		
		24 résultats in-	{	16 perdus de vue après quelques jours.
		connus dont :		3 — entre 2 et 6 mois.
			5 — entre 6 mois et 1 an.	
		1 actuellement vivant (11 mois).		
		7 ont dépassé	{	de 1 à 10 ans.....
1 an :	de 30 à 40 ans.....	1		

Par voie périnéale. Méthode inconnue.

8 cas { 7 mois, 15 mois, 9 ans 1/2, 25 ans, 30 ans, 40 ans et
suivis : { 41 ans.

Méthode de Littré.

63 cas :	47 morts dans le 1 ^{er} mois, dont 39 dans la 1 ^{re} semaine.		
	2 autres morts avant 1 an.		
	1 résultat inconnu.		
	1 actuellement vivant.		
	12 ont dépassé	{ de 1 à 10 ans.....	3
	1 an :		3
			2
			4
		au-dessus de 40 ans.....	

Méthode de Callisen.

10 cas :	{	4 morts dans le 1 ^{er} mois. Tous dans la 1 ^{re} semaine.		
		1 autre mort avant un an.		
		4 résultats in-	{	3 perdus de vue après quelques jours.
				connus dont : { 1 — à 7 mois 1/2.
1 a dépassé 1 an (perdu de vue à 7 ans).				

Méthodes associées.

16 cas :	5 morts dans le 1 ^{er} mois, dont 3 la 1 ^{re} semaine.		
	3 autres morts avant 1 an.		
	3 résultats inconnus (dont 1 perdu de vue entre 6 mois et 1 an).		
	5 ont dépassé	{ de 1 à 10 ans.....	4
	1 an :		1
		{ de 20 à 30 ans.....	

Sous le titre : Voie périnéale de méthode inconnue, nous classons un certain nombre d'observations de malades autre-

fois opérés pour imperforation et qu'on a retrouvés dans les hôpitaux, sans qu'ils puissent dire quel procédé on avait employé. Ceci explique pourquoi le petit nombre de résultats qu'on trouve sous cette dénomination sont aussi brillants. Il ne s'agit, en effet, pour la plupart que d'adultes ou d'enfants d'un certain âge déjà.

Nous voyons aussi que les résultats éloignés donnés par la méthode de LITTRE sont plus satisfaisants que les autres. Au point de vue du pronostic de ces opérations, il ne faudrait pas y attacher toutefois une importance plus grande qu'il ne convient. Plusieurs de ces cas, en effet, que nous avons retrouvés, sont des cas anciens, fort intéressants, mais venus jusqu'à nous, précisément parce qu'ils étaient des succès. Si nous ne prenions que les résultats répondant à une même période, ces trente dernières années, par exemple, nous verrions que la proportion des échecs est en réalité beaucoup plus considérable. Ce point de détail nous semblait nécessaire à préciser. L'ensemble de ces tableaux donne par ailleurs, croyons-nous, une idée assez exacte de l'avenir de nos opérés.

Voilà pour la question de survie. Quel est, maintenant, le résultat fonctionnel obtenu ?

Le fonctionnement de l'anus et du rectum, chez ces enfants, est généralement mauvais. Il y a, certes, moyen d'y remédier dans la plupart des cas, mais il faut bien savoir qu'ils sont sous le coup de complications secondaires sérieuses et que bien petit est le nombre de ceux qui peuvent y échapper.

Ce sont ces complications que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE III

Complications tardives chez les opérés

Sommaire. — Causes de mort immédiate pour les opérés. — Complications tardives qui les menacent.

1^o Rétrécissements : fréquence ; anatomie pathologique ; pathogénie ; symptômes : occlusion aiguë — occlusion chronique provoquant ; la constipation, les crises de rétention stercorale ; le mégacolon — Traitement.

2^o Incontinence : rareté au périnée ; fréquence dans l'anus contre nature. — Situation lamentable causée par cette infirmité. — Conclusion.

3^o Prolapsus ; rareté au périnée ; grande fréquence dans l'anus contre nature. — Situation fâcheuse créée par cette infirmité ; tentatives pour avoir un sphincter abdominal. — Traitement : rétablissement de l'anus périnéal ; grande mortalité ; difficultés.

4^o Hernie du rein ; se produisant seulement avec l'anus lombaire.

Nous avons vu que les trois cinquièmes environ des petits malades succombaient dans le 1^{er} mois. Quand ils ont résisté au début, bientôt l'athrepsie les emporte, à moins que ce ne soit la diarrhée, des phénomènes d'occlusion ou quelque affection pulmonaire. Sur nos 223 opérés, 16 sont arrivés à l'adolescence et 13 seulement ont dépassé l'âge adulte.

I. — RÉTRÉCISSEMENT

La première complication qui les menace, la plus fréquente et la plus redoutable, est le rétrécissement. On ne le trouve, hâtons-nous de le dire, ni dans l'anus lombaire, ni dans l'anus iliaque.

Ce sont tous les opérés par la voie périnéale qui s'en trou-

vent menacés. Il est si fréquent que nous croyons qu'il n'existe qu'un bien petit nombre de cas où il n'ait eu tendance à se produire, au bout d'un temps plus ou moins long. Nous en avons relevé 42 cas dans nos observations, 5 fois seulement on notait qu'il n'existait pas. Seuls y ont échappé parfois, mais pas toujours, les malades auxquels on faisait de la dilatation. Le fait est, du reste, connu depuis longtemps. N'était-ce pas pour empêcher le rétrécissement de se produire que PAUL d'EGINE, au VII^e siècle, recommandait d'introduire une sonde après l'ouverture de l'ampoule et qu'ALBUCASIS, quatre cents ans plus tard, plaçait une canule en plomb dans l'anus de ses opérés ?

Le rétrécissement peut siéger à une hauteur variable suivant les cas ; au niveau de la membrane perforée, après la ponction : sur la ligne cicatricielle cutanéomuqueuse, quand on a pratiqué l'opération d'AMUSSAT. C'était pour obvier à ce grave inconvénient que VINCENT (de Lyon), apportant des modifications à la technique opératoire, rejetait au dehors la ligne de suture. Si l'on en juge par une des observations qu'il a publiées (1), les résultats ne semblent guère améliorés.

La forme et les dimensions de l'obstacle présentent une grande variété. Ce peut être une simple bride, une membrane à petit orifice diaphragmatique, ou bien un véritable étranglement de quelques millimètres à 2, 3 ou 4 centimètres d'épaisseur, avec un pertuis plus ou moins large et perméable.

Il se produit, en effet, ce rétrécissement, de deux façons : ou bien ce sont les bords de la membrane qui, après avoir été séparés, tendent à s'accoler comme les lèvres d'une plaie cutanée ; il y a en quelque sorte réunion par première intention — ou bien sur la ligne de suture cutanéomuqueuse la plaie bourgeonne, s'organise ; il se forme du tissu rétractile et, comme par un anneau élastique, le rectum se trouve étranglé.

(1) MAITRE, Thèse de Lyon, 1887, obs. IV.

Dans le premier cas, on le conçoit, l'obstruction est rapide, dans le deuxième, elle se produit plus tardivement.

On voit, en effet, des enfants qui, deux ou trois jours après une ponction, présentent une obstruction complète; chez d'autres, ce n'est qu'au bout d'un ou deux mois que se produisent les accidents. Chez l'opéré de M. DAYOT (Obs. XIII) on n'observa le rétrécissement qu'au bout de 2 ans 1/2 environ, quoique les parents ne lui aient pas fait de dilatation. C'est là, il faut bien le dire, un fait exceptionnel.

Le rétrécissement, suivant qu'il sera complet ou non, déterminera des symptômes d'occlusion aiguë ou chronique.

M. DELANGLADE (de Marseille) a publié, en 1899, un cas fort intéressant, concernant un enfant précédemment ponctionné. Nous ne pouvons mieux faire que de citer quelques passages de son observation :

OBSERVATION I. — DELANGLADE (*Bull. Soc. chirurgie*, 1899). — Imperforation. — Ponction. — Occlusion aiguë. — Anus iliaque.

— « Le 16 juillet 1897, on apporta au dispensaire un garçon de 50 jours qui était né avec un anus imperforé... Le 4^e jour, un médecin appelé donna un coup de trocart pour mettre en perce l'imperforé. Immédiatement s'échappa une quantité énorme de méconium, un plein saladier, paraît-il (nous sommes à Marseille) et, le jour même, l'enfant se met à têter. Mais, dès le jour suivant, les matières ne passent plus, les évacuations se reproduisent seulement sous forme de vomissements fécaloïdes répétés plusieurs fois par jour. Au niveau de l'anus, de temps à autre, une tache jaune; mais c'est du pus et pas autre chose. Au bout de 22 jours, le trajet redevient spontanément perméable et pendant quatre jours les matières passent et les vomissements diminuent. Mais ce fut passager; depuis 19 jours l'oblitération s'était reproduite complète, les vomissements étaient incessants et l'état général s'aggravait de jour en jour. On présenta l'enfant à M. DELANGLADE.

L'enfant paraissait mourant : tête, cou, thorax et membres étaient

dans un état de maigreur effrayant. Seul le ventre était énorme et littéralement tendu à éclater. La respiration était anxieuse et précipitée, les extrémités froides et bleues, le pouls imperceptible. L'orifice anal est tout petit...

M. DELANGLADE fit un anus iliaque et l'enfant survécut deux mois.

Comme exemple d'occlusion aiguë un peu plus tardive, on trouvera plus loin (Obs. XI) le cas de M. VÉRON, dont le petit malade, opéré avec succès par la méthode d'AMUSSAT, fut ramené mourant au bout de 2 mois, les parents n'ayant pas fait de dilatation.

Tous ces rétrécissements complets, produisant des phénomènes intenses, réclament une intervention rapide. Malgré tout, étant donnés le mauvais état du sujet et les conditions défavorables dans lesquelles on se trouve, le nombre des succès est alors généralement très faible.

Mais à côté de ces cas d'occlusion d'emblée, il en est d'autres où le calibre de l'anوس et du rectum ne diminue que lentement. Les malades le supportent très bien; ils n'éprouvent, en somme, aucun malaise en dehors d'une constipation invincible qui dure parfois depuis fort longtemps.

TRÉLAT rapporte le fait suivant :

OBSERVATION II. — TRÉLAT (*Union méd.*, 14 fév. 1886). — Imperforation. — Opération. — Rétrécissement. — Constipation.

« D..., peintre, âgé de 35 ans, entre le 20 novembre 1883 à Necker dans mon service.

Il a été opéré pour une imperforation complète de l'anوس deux ou trois jours après sa naissance. Pendant toute sa vie, il n'a jamais pu aller à la garde-robe qu'avec des lavements répétés.

Le toucher rectal est douloureux, par suite d'une légère rectite. A 4 ou 5 cm. de l'anوس, il existe un rétrécissement admettant sans peine la première phalange de l'index, donc assez large. Ce rétrécissement

forme un véritable diaphragme. La muqueuse est saine à son niveau ; il n'y a pas d'ulcération.

De son côté, M. Bouissou raconte ce qui suit :

OBSERVATION III. — BOUISSOU. Thèse de concours, 1851. — Imperforation. — Opération. — Rétrécissement. — Crises de rétention.

Marie C..., née à Nîmes, âgée de 40 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Eloi, le 2 novembre 1847. Elle se plaignait d'une douleur dans le fondement et d'une constipation opiniâtre, qui se terminait tous les 10 ou 12 jours par une débâcle pénible ; les excréments ne sortaient qu'à condition d'avoir été ramollis ou liquéfiés, et le résultat ne pouvait s'obtenir qu'à l'aide de purgatifs ou de lavements de même nature, qu'on ne faisait parvenir dans l'intestin qu'avec beaucoup de peine. Cette femme, déjà traitée plusieurs fois inutilement dans les hôpitaux de Nîmes, s'était décidée à venir à Montpellier chercher quelques secours contre une affection qu'elle avait toujours éprouvée, dit-elle, mais qui depuis 10 ans la tourmentait de plus en plus. Elle prétendait qu'étant enfant on lui avait pratiqué une opération pour une imperforation de l'anus... [Ce point de détail n'ayant pas attiré l'attention ; on la traita par la belladone et l'iodure de potassium ; la défécation se faisait toujours mal]... Je poussai mon doigt profondément dans le rectum et trouvai à une hauteur de 4 à 5 cm. un diaphragme membraneux, souple, mobile, facilement refoulé par le doigt et reprenant ensuite sa position première. Le centre de ce diaphragme était perforé d'une ouverture très petite, qui donnait la sensation d'un bord aminci, mais résistant et fibreux. Une sonde en argent souleva la valvule et son bec en franchit le centre facilement. Ne conservant plus aucun doute sur la maladie, je proposai l'opération qui fut acceptée avec empressement... Le résultat fut parfait.

Il ne faudrait pas s'imaginer, pourtant, que l'orifice ano-rectal rétréci soit toujours aussi bien supporté. Les débâcles de la femme dont nous venons de parler venaient tous les dix ou douze jours balayer l'intestin. Il n'en résultait pour elle qu'un désagrément et, sans doute, une fatigue passagère.

Chez d'autres malades, il se produit de véritables crises de rétention. Elles sont douloureuses, s'accompagnant de coliques violentes, et d'un sentiment de pesanteur dans l'abdomen, gonflé par une tumeur. Elles déterminent de l'inappétence, de l'agitation et tous les autres symptômes de l'occlusion aiguë. Puis vient la débâcle, qui amène un peu de répit, mais de nouvelles crises ne tardent pas à se reproduire, et si l'on n'intervient pas, un jour ou l'autre arrivera le dénouement fatal.

M. BROCA a publié un cas semblable.

OBSERVATION IV. — BROCA (*Journal des Praticiens*, 1904). — Imperforation. — Opération. — Rétrécissement. — Crises de rétention.

Cette malade est entrée le 16 avril pour une tumeur abdominale, masse arrondie, assez régulière à la surface, occupant la fosse iliaque droite. Elle avait grossi peu à peu, sans grande douleur locale, mais avec de vives coliques abdominales, sans fièvre. En manipulant cette tumeur, indolente à la pression, on la trouvait quelque peu malléable ; c'était donc une accumulation de matières fécales dans le cæcum et la partie inférieure du colon ascendant. Pourquoi cette coprostase ?

Tout de suite la mère nous le raconta.

L'enfant, âgée de 3 ans, est née à Buenos-Ayres, en apparence bien conformée, ayant en particulier l'anus extérieurement parfait, mais au bout de 24 heures elle n'avait pas rendu de méconium, en sorte que la sage-femme pratiqua le toucher rectal et son doigt fut arrêté à 2 cm. environ, dans un cul-de-sac imperforé. Elle fit une ponction au trocart ; ce fut un beau succès immédiat, mais quinze jours plus tard il fallut recommencer, et depuis cette époque l'évacuation des matières fécales a toujours été défectueuse. L'enfant ne va à la selle que si on lui donne deux lavements par jour ; et chaque fois elle souffre, fait des efforts, si bien qu'elle a une hernie inguinale ainsi provoquée. Toujours son ventre est ballonné et elle est sujette, sans vomissements, il est vrai, à des crises de constipation opiniâtre, sui-

vies de véritables débâcles, avec matières fétides, « de quoi remplir un chapeau, » dit la mère.

En janvier dernier, puis en février, il se produisit des accidents intenses frisant l'occlusion, avec formation d'une tumeur iliaque droite.

Dans l'anوس une phalange d'index seule s'engage, arrêtée par un plafond dur et fibreux, perforé d'un trou capable de recevoir seulement une pince de KOCHER.

Par une sonde molle on poussa des irrigations; par l'eau et la glycérine le bloc fut désagrégé et la débâcle obtenue. Ce n'est pas suffisant, il y aurait récidence; il faut opérer.

L'opération eut lieu le 29 avril. Pendant les 4 jours suivants gardes-robes très abondantes avec des noyaux de cerises mangées l'été précédent. Le 5 mai, la réunion immédiate était obtenue et l'enfant, d'appétit excellent, avait des selles non fétides...

L'intestin encombré de matières stercorales semble jusqu'ici avoir assez bien résisté; il s'est rempli jusqu'à une certaine hauteur, puis, à un moment donné, par l'action mécanique d'un lavement et des liquides qu'il-même a sécrétés, il est parvenu à se vider de son contenu, sinon complètement, du moins en grande partie. Les lésions ne sont pas très sérieuses: le gonflement de l'abdomen n'indique pas une modification dans les dimensions du côlon, il montre seulement sa plénitude; quant à la hernie inguinale qui s'est produite, c'est un accident secondaire chez un enfant dont les parois manquaient de résistance.

Mais voici qu'à un degré plus avancé les parois intestinales, forcées par la pression énorme qu'elles subissent, se sont laissées détendre peu à peu. Le mégacôlon s'est constitué. Ceci s'est produit très lentement, puisqu'aucun trouble grave n'est survenu, et qu'on n'a constaté ni douleur, ni hémorragie, ni perforation intestinale. La distension lente a été continue, et au bout d'un certain temps, ce n'est plus un intestin régulièrement calibré qu'on trouve dans l'abdomen, mais une poche énorme, gonflée de matières stercorales dont elle déverse de

temps en temps le trop-plein, sans jamais pouvoir se vider complètement.

Le ventre est gonflé, la nutrition se fait mal et pourtant l'état général se maintient; nous pourrions en juger par l'observation de M. MONNIER. Celle de M. REVILLAUD nous fera voir pourtant qu'au bout d'un temps parfois très long il peut survenir des troubles si graves que la mort en est la conséquence.

Voici ces deux observations :

OBSERVATION V. — MONNIER, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph. (*Revue de la Soc. de l'Internat*, 1908). — Imperforation. — Opération. — Rétrécissement. — Mégacôlon. — Guérison.

B., âgé de 9 ans 1/2, présentait à sa naissance une imperforation de l'anus. Il fut opéré au bout de 26 heures par le Dr P..., de Marseille.

Pendant les six premières années, le petit malade n'a jamais pu aller à la selle sans avoir recours à des lavements. On lui donnait ceux-ci au moyen d'une poire en caoutchouc, qui servait ensuite à aspirer les matières ramollies et liquéfiées; ces manœuvres le faisaient beaucoup souffrir à la longue. Depuis trois ans, il peut aller sur le vase, mais toujours après un lavement, et lorsqu'on introduit la canule, on sent très nettement un obstacle qui cède à une légère pression. L'enfant a des crises de rétention qui durent 6 et 8 jours; le ventre, toujours volumineux, devient alors énorme. L'appétit est cependant conservé et l'état général assez satisfaisant, malgré un certain amaigrissement qui montre combien la nutrition est défectueuse.

Il entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 12 décembre. Le ventre est volumineux, dilaté, avec prédominance du côté gauche, vers l'hypochondre. La sonorité est généralisée, mais sourde; la rénitence uniforme; la sensibilité exagérée à la pression le long du côlon descendant; nulle part on ne trouve les signes de boudin, de tumeur stercorale décrite par DESMONS. La mensuration donne les résultats suivants :

Taille..... 1 m. 15
Circonférence $\left\{ \begin{array}{l} \text{par l'ombilic.....} \quad 0, \quad 70 \text{ cm.} \\ \text{à mi-chemin entre l'app. xyph et l'omb.} \\ \text{passant} \quad \left\{ \begin{array}{l} \text{à 7 cm. } 1/2 \text{ de l'app.....} \quad 0, \quad 75 \text{ cm.} \\ \text{au niveau des seins.....} \quad 0, \quad 63 \text{ cm. } 1/2 \end{array} \right. \end{array} \right.$



Fig. 1.

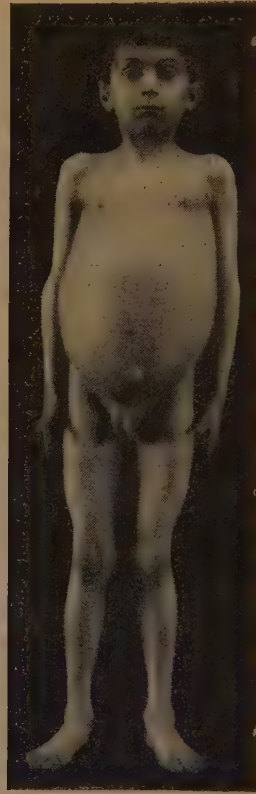


Fig. 2.

Le pouls, à 80, est petit, régulier; l'enfant s'essouffle facilement. L'anus a son aspect normal, avec ses plis radiés, mais l'introduction de la pulpe du doigt est très douloureuse.

Examiné sous chloroforme, on trouve à une profondeur de 2 cm. $1/2$ ou 3 cm. un diaphragme très net, avec orifice central de 6 à 7 mm.

de diamètre. Il est très résistant et lamellaire, avec une épaisseur de 2 à 3 mm.

Le 21 décembre, après anesthésie, on pratique la dilatation du sphincter, puis on fait de l'électrolyse linéaire à 30 et 40 milliampères, sans résultat. On veut sectionner au couteau galvanique, mais celui-ci se brûle par suite d'une fausse manœuvre. On opère alors au bistouri. L'index passe ensuite facilement, ainsi que la bougie dilatatrice n° 9 ; on place à demeure un gros drain entouré d'une bande iodoformée.

Les jours suivants les matières s'écoulent ; il n'y a ni douleur, ni fièvre, ni inflammation locale, et la dilatation se fait méthodiquement chaque jour ; la vessie est paresseuse. On donne des purgatifs et des lavements glycéринés, puis de la noix vomique. Trois fois par semaine, séances de faradisation, un pôle étant placé sur l'abdomen, l'autre sur la région sacrée. Le ballonnement du ventre diminue ; la circonférence au niveau de l'ombilic est de :

66 cm., le 27 décembre

59 cm., 1/2 le 3 janvier

56 cm., le 20 janvier.

L'amélioration s'accroît. Pourtant le 20 janvier on constate la présence dans l'ampoule rectale d'un énorme amas de matières fécales (du volume d'une tête fœtale environ), et le 11 février la stagnation se reproduit. Cette fois, il y a, en outre, une tendance marquée au rétrécissement.

On intervient alors une seconde fois, sous chloroforme. Après dilatation du sphincter externe et électrolyse pendant 20 minutes, avec 50 et 60 milliampères, la bougie n° 9 ne passe que difficilement. On retire avec le doigt beaucoup de matières. Le soir, lavement et faradisation. Le ballonnement diminue, mais le rétrécissement tend à se reproduire encore.

Le 7 mars on trouve :

Circonférence :	{	par l'ombilic.....	57 cm 1/2
		à mi-chemin entre l'app. et l'omb.	63 cm.
		au niveau des seins.....	61 cm.

on dilate, on purge, on électrise ; malgré cela, les matières s'accumulent et le ventre grossit.

Le 31 mars, on décide une nouvelle intervention plus radicale que les précédentes. L'enfant est endormi. Après dilatation du sphincter, on sectionne avec un bistouri boutonné le rétrécissement aux quatre points cardinaux, d'abord en se guidant sur l'index, puis après introduction d'une valve de Sims. Il se produit une petite hémorragie quand on coupe en arrière et sur les côtés, mais pas en avant ; on pince les vaisseaux ; on enlève à la curette tout ce qu'on peut de matières, on lave la plaie avec une solution de sublimé au 1/1000 et



Fig. 3.



Fig. 4.

on suture d'abord avec de la soie n° 2 aux 4 points cardinaux, puis avec 6 catguts. Pansement iodoformé. L'opération a duré 2 heures. Le ventre est absolument plat.

Le lendemain, on ne constate ni fièvre, ni douleur, à part une légère cuisson. Deux fois le pansement se trouve souillé. Les trois premiers jours, on donne de l'opium pour éviter les selles. Le 7 avril l'anús admet très aisément l'index jusqu'à sa base. On ne constate plus de point rétréci, mais on sent un long et volumineux cylindre de matières fécales très dures. On purge alors et on obtient une selle abondante et parfaitement indolente. La circonférence au niveau de l'ombilic est de 55 cm.

Les jours suivants, laxatifs, faradisation et massage du ventre, puis dilatation. Une incontinence légère ne dura pas, les gaz et les matières, même liquides, sont bien retenues. Le rétrécissement n'a plus tendance à se reproduire; le ventre présente un aspect normal; c'est tout au plus s'il semble un peu saillant et cela par suite du peu d'embonpoint qu'on trouve par ailleurs.

Circonférence :	{	au niveau de l'ombilic.....	54 cm.
		à mi-chemin entre l'app. et l'omb.	59 cm. 1/2.
		au niveau des seins.....	61 cm.

L'enfant sort 6 semaines après l'opération. Depuis, le fonctionnement de l'anús est parfait.

OBSERVATION VI. — M. REVILLAUD (*Gaz. des Hôpit.*, 1877, p. 593).
— Imperforation. — Opération. — Rétrécissement. — Mégacôlon. — Mort.

Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, entre le 21 juin dans le service du Dr VULPIAN.

Cet homme avait un ventre énorme et qui présentait à la percussion deux zones distinctes : on trouvait inférieurement et, en faisant varier la position, toujours dans les parties déclives, assez régulièrement jusqu'à un même niveau, une matité très nette, correspondant à une fluctuation manifeste; et dans la zone supérieure, au contraire, une sonorité tympanique.

La circulation de retour intra-abdominale devait être gênée, car tout l'ensemble des veines superficielles qui rampaient sous la peau du ventre et de la poitrine avait pris un développement considérable, de manière à permettre une circulation veineuse supplémentaire des plus actives. L'œdème des membres inférieurs était peu marqué. On pensa à une cirrhose atrophique du foie.

Le malade racontait que son ventre avait grossi peu à peu. Il s'était senti gêné dans la respiration et facilement oppressé quand il faisait le moindre effort, par suite du refoulement de la base de la poitrine et du diaphragme de bas en haut.

Interrogé sur son passé, il dit incidemment qu'ayant à sa naissance l'anús imperforé, il avait subi à ce moment une opération, qui avait parfaitement réussi et à la suite de laquelle on lui avait fait conserver, pendant 7 ans, une canule dans l'ouverture artificiellement pratiquée, constituant le nouvel anus. Il avait pu vivre comme tout le monde, s'était marié et était devenu père de famille. Pourtant il devait faire de longs efforts pour arriver à rendre quelques matières liquides.

Quand vint la période où il se regarda comme sérieusement malade, il fut pris d'une angoisse extrême, par crises. Il étouffait et, faisant des efforts inouis pour dégager son ventre, arrivait à faire sortir quelques gaz, ce qui le soulageait.

On devait ponctionner son ascite le lundi. Le samedi 23, le malade, à la visite du matin, semblait dans un état assez satisfaisant, malgré son ventre ballonné. Vers le milieu de l'après-midi, quelque temps après l'administration d'un lavement purgatif, cet homme se rendit aux lieux d'aisance. On l'y trouva bientôt, par terre, couché sur le ventre, se pressant sur le sol et se comprimant l'abdomen des deux mains, s'efforçant d'arriver à une évacuation qu'il ne pouvait obtenir. Il étouffait; il était violet; il avait déjà le délire; on le transporta sur un lit; l'interne voulut faire une ponction in extremis; il était trop tard, le malade était mort.

A l'autopsie, au lieu de la cirrhose que l'on s'attendait à trouver on constata une dilatation extraordinaire de l'S iliaque et du rectum. Ces deux parties du gros intestin formaient ensemble une poche énorme, qui éclata avec un grand tapage quand on y porta le scapel, en laissant sortir une quantité de gaz et de matières fécales. Lorsqu'on la mesura, le lendemain, bien que revenue sur elle-même et très amoindrie, cette poche avait encore 90 centimètres au moins de longueur, et 70 centimètres de circonférence à sa partie moyenne. L'anús fut trouvé très étroit, resserré de toutes parts par un tissu cicatriciel résistant. A peine y pouvait-on faire pénétrer l'extrémité du doigt; et immédiatement au-dessus de l'obstacle commençait la dilatation de l'intestin. Cette dilatation offrait cela de particulier, que les parois, loin d'être étalées et amincies, comme on aurait pu le supposer, étaient

au contraire, singulièrement hypertrophiées et fortifiées dans toutes leurs parties constitutives. La tunique musculaire et la tunique muqueuse avaient au moins quintuplé de puissance. Le tout avait une épaisseur d'un demi-centimètre environ, et l'on voyait, sur la face interne, des glandules également grossies et des follicules clos, plus apparents que d'ordinaire.

M. Lecornu (1) relate également un fait du même genre.

Le traitement du rétrécissement de l'anus sera préventif ou curateur. Le premier consiste à passer fréquemment des bougies dilatatrices ou simplement le petit doigt à travers l'orifice anal créé par l'opération, de manière à empêcher la rétraction cicatricielle de se produire. Si le rétrécissement est constitué, pour le vaincre, on pourra encore se contenter parfois de la dilatation. Dans d'autres cas, on essaiera aussi l'électrolyse, tandis qu'on luttera contre la constipation par des laxatifs, des lavements et le massage abdominal. Malheureusement les résultats ainsi obtenus sont souvent insignifiants (Obs. V).

Une intervention plus directe est alors nécessaire. On pourra quelquefois se contenter de pratiquer sur le rétrécissement une incision cruciale ; on abaisse et on suture à l'anus les 4 lambeaux ainsi formés (Obs. V).

VINCENT (de Lyon), reprenant dans le rétrécissement anal les derniers temps de son procédé opératoire, enlève de chaque côté de l'orifice deux languettes semi-lunaires ; il abaisse ensuite le rectum et le fixe en rebord de chapeau par une double série de sutures (2). Cette opération donne souvent de bons résultats et parfois des échecs.

Enfin, si ces procédés échouent, chez l'adulte, ou même chez l'enfant, on peut essayer l'intervention recommandée par M. LAPOINTE. Elle consiste à réséquer toute la portion rétré-

(1) LECORNU, *Bull. Soc. Anatom.*, 1897.

(2) MAISTRE, Thèse de Lyon, 1887.

cie, puis à suturer le bout inférieur de l'intestin à l'anus. On a obtenu ainsi des succès, mais M. LE SOURD a montré que les résultats se trouvaient très améliorés, si l'on avait soin de pratiquer au préalable l'anus iliaque.

II. — INCONTINENCE

Si le rétrécissement, que nous venons d'étudier longuement, est la complication tardive la plus habituelle et la plus grave au point de vue vital, il n'est pas la seule que nous ayons à redouter pour nos petits malades. L'incontinence des matières fécales, elle aussi, doit nous occuper maintenant.

Après les opérations par voie périnéale, l'incontinence ne se produit guère que s'il y avait absence d'anus. Dans ce cas, en effet, le sphincter manque généralement, tandis qu'il existe chez les imperforés. On conçoit que, cet anneau musculaire venant à faire défaut, l'anus nouvellement créé ne puisse se contracter. Les selles se produisent alors d'une façon continue, les matières, que rien n'arrête, franchissant librement l'orifice externe du rectum.

Le même fait peut se produire parfois dans les cas de simple imperforation ; c'est lorsqu'on reporte le nouvel anus très en arrière vers le coccyx ou le sacrum. Ce procédé, recommandé par M. VINCENT (de Lyon), permet de suturer l'ampoule rectale à la peau, lorsqu'il serait impossible de l'abaisser suffisamment pour lui faire occuper sa situation normale. De cette façon le sphincter n'est plus traversé par le rectum, il est tout entier en avant de lui.

Ce serait à tort pourtant qu'on s'imaginerait que l'absence de l'anneau sphinctérien amène fatalement l'incontinence ; il faut compter sur l'action du sphincter interne, qui empêchera souvent les selles de se produire à tout moment et contre le gré du sujet.

L'incontinence existe donc quelquefois ; nous en avons relevé 5 exemples dans nos observations (Obs. VIII-IX-XII) (1). Une fois, chez un enfant de dix ans, elle se réduisait à peu de chose. Seules les matières liquides venaient en petite quantité souiller le petit malade, ce qui l'obligeait à porter constamment une serviette appliquée entre les cuisses. Chez le malade de M. KIRMISSON (Obs. VII) l'incontinence s'accompagnait de prolapsus rectal et paraissait totale. Dans les autres cas l'inconvénient pouvait être aussi grave. Nous ignorons malheureusement ce que sont devenus ces enfants et comment ils ont pu remédier à leur infirmité, car ils ont été perdus de vue au bout de quelques mois.

Quelle est au juste la fréquence de cette pénible complication ? Nous aurions voulu pouvoir l'établir, nous ne l'avons pu, beaucoup de chirurgiens n'ayant pas noté le fait dans leurs observations.

Possible après l'opération d'AMUSSAT, l'incontinence existe toujours avec l'anus de LITTRE ou de CALLISEN. Ici, pas d'anneau rétractile, ni interne, ni externe, venant fermer les lèvres de l'orifice. Le résultat est fatal ; les matières fécales s'écoulent librement au dehors.

Quelle est dans ces conditions la vie du malade ? On l'a discuté longtemps et les avis se sont partagés. Tous reconnaissent que la situation est fâcheuse, mais, pour les uns, elle est supportable, pour les autres, elle ne l'est pas. Les malades sont obligés de porter sur l'anus artificiel un pansement recouvert d'un bandage, ce qui nous semble plus pratique que la boîte dont ils se servaient autrefois.

« Lorsque cette enfant sera plus âgée, disait SERRAND à propos d'une petite opérée, et par conséquent susceptible de connaître les avantages d'une boîte, d'une forme appropriée,

(1) Voir aussi deux observations de M. PRINCETEAU. XX^e Congrès de chirurgie.

destinée à recevoir les matières fécales, laquelle sera fixée à une espèce de ceinture, soutenue par des bretelles qui seront placées de manière à ne pas gêner le développement des mamelles, il sera facile d'obvier à l'inconvénient de l'issue des excréments. »

Cette boîte ne nous dit rien qui vaille; pourtant elle était fréquemment employée autrefois et semblait ne pas trop gêner les malades, puisque HOLMÈS rapportait le fait suivant : « Une dame mariée qu'il avait connue, âgée de quarante ans, était mère de quatre enfants bien portants. Elle était allée dans le monde, avait fréquenté les bals, et cela sans que personne eût soupçonné son infirmité. »

OLLIER disait de son côté tenir de ROCHARD qu'une jeune fille, à qui on avait fait l'opération de LITTRE pour une imperforation congénitale de l'anus, allait dans le monde et se livrait même à l'exercice de la danse; elle était demandée en mariage et si le mariage n'avait pas lieu, c'est qu'on regardait comme un devoir d'avertir le demandeur de l'infirmité de la future épouse.

Ce sont là évidemment des faits exceptionnels. Que le malade s'habitue à son infirmité et sache la dissimuler; cette infirmité n'en existe pas moins et elle est dégoûtante. On se rappelle cette phrase de SAINT-GERMAIN : « Je considère cette situation comme intolérable : je refuserais énergiquement de faire subir cette opération à un de mes enfants et si j'avais pour mon malheur été victime d'une pareille intervention, je crois que je consacrerai mon existence à tirer vengeance du chirurgien qui m'aurait imposé une vie aussi misérable. »

M. FROEHLICH, de son côté, écrivait en 1894 dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine* :

« Dans un cas d'atrésie ano-rectale, le chirurgien ne doit avoir qu'un seul but : rétablir l'état normal par la rectoplastie,

dût-il pour cela perforer les culs-de-sac péritonéaux et pratiquer la laparotomie. Malgré la gravité de ces interventions, les petits malades peuvent guérir et guérir radicalement, tandis qu'une intervention moins hardie, alors même qu'elle leur conserverait l'existence, ce qui n'est pas, dans l'immense majorité des cas, n'en ferait jamais des êtres capables de prendre part à la vie sociale. »

C'est rejeter la maxime de CELSE : *Miserum remedium tolerabile austerius malum* et pour ce principe : « L'anus sera à sa place normale ou il ne sera pas. »

Nous voulons bien accepter cette opinion, mais en faisant cette réserve qu'en certains cas on pourra pratiquer comme pis-aller l'opération de LITTRE en attendant l'occasion de rétablir l'anus périnéal. Nous verrons, en effet, plus loin un succès trop remarquable obtenu par cette méthode pour que nous puissions y renoncer.

Toute cette discussion a eu lieu à propos de l'anus de LITTRE ; quant à l'anus lombaire, nous considérons avec GEVAERT qu'il est à rejeter : « Je préfère, disait-il, l'opération par voie abdominale parce que le malheureux affligé de cette triste infirmité peut au moins n'être tributaire de personne. »

III. — PROLAPSUS

Une autre complication tardive chez nos opérés est le prolapsus de l'intestin. Il est toutefois assez rare après les interventions par le périnée ; nous en avons relevé trois cas seulement. Pour qu'il se produise, il faut nécessairement que le sphincter vienne à manquer ou se laisse facilement distendre. C'est donc dans le cas d'absence d'anus avec disparition de l'anneau musculaire contractile, qu'on doit le craindre davantage.

La tunique interne de l'intestin se trouve entraînée au dehors pendant les efforts de la défécation. On voit alors paraître une sorte de tumeur rouge, luisante, qui sort quand l'enfant pousse pour aller à la selle et rentre ensuite, ou reste irréductible et plus ou moins saillante.

Les dimensions du prolapsus varient suivant les cas ; faibles au début, elles peuvent atteindre plus tard celles d'un boudin de 3 ou 4 centimètres de longueur ; chez deux opérés, elles se réduisaient à peu de chose ; dans un autre cas la sortie du rectum était plus prononcée.

La date d'apparition du prolapsus est elle aussi très variable et souvent difficile à préciser, les parents ne donnant en général que des renseignements très vagues sur ce point. M. POISSON (Obs. XXXVI) signale la procidence du rectum chez son opéré au bout de quelques jours ; M. DELENS au bout de 6 mois ; la mère du petit malade amené à M. KIRMISSON n'avait remarqué la chose que la quatrième année après l'opération.

Comme exemple de cette complication, nous allons donner l'intéressante observation qu'a bien voulu nous communiquer M. KIRMISSON. Elle nous montrera en même temps la ligne de conduite à suivre en pareille circonstance.

OBSERVATION VII (inédite), due à l'obligeance de M. KIRMISSON.

O... Raymond, âgé de 8 ans, entre le 22 mai 1907 à la salle Giraldès, avec le diagnostic de prolapsus rectal et incontinence des matières fécales.

Les antécédents héréditaires de l'enfant sont très satisfaisants. Elevé au sein, il a eu la rougeole vers l'âge de 4 ans, puis la varicelle. Fait plus intéressant et qui attire spécialement notre attention, le petit malade est venu au monde avec une imperforation de l'anus, pour laquelle il fut opéré à l'hôpital Trousseau. Depuis cette époque, il a persisté une incontinence absolue des matières fécales. Il y a 2 mois environ, la mère s'aperçut qu'il sortait par moment comme une boule

rouge par l'anús. Après avoir consulté, elle a donc amené son enfant pour être opéré.

En examinant le périnée de l'enfant, on trouve une cicatrice antéro-postérieure s'étendant depuis la pointe du coccyx jusqu'à 2 cm. environ en arrière du raphé des bourses. La partie moyenne de cette cicatrice est occupée par un orifice ovalaire à grand axe antéro-postérieur et béant, de 4 cm. de long sur 2 1/2 de large. Sur la partie postérieure de cet orifice, on voit un bourrelet rouge qui procède en avant quand l'enfant va à la selle ou fait un effort. Le bourrelet sembla être formé par la muqueuse rectale.

L'orifice est en outre entièrement souillé par les matières fécales et l'incontinence est à peu près complète.

Par le toucher anal, on réduit facilement le bourrelet rouge de la partie postérieure de l'orifice.

L'enfant est opéré le 3 juin, sous chloroforme. M. KIRMISSON pratique sur la demi-circonférence postérieure de l'anús une incision à concavité antérieure, et suivant de près la muqueuse elle-même. Cette dernière est isolée et réséquée sur la ligne médiane postérieure, en forme de V. Il libère ensuite le rebord de l'incision continue et rapproche les lèvres sur la ligne médiane postérieure par 3 points de suture, de façon à rétrécir l'anús. Après quoi il maintient par une série de sutures à la soie le rebord de la muqueuse adossée à la peau.

L'enfant sortit quinze jours plus tard, l'anús était normal et la continence parfaite.

Si le prolapsus est relativement rare après l'opération par le périnée, il n'en est plus de même quand on crée un anus de LITTRE. Il est alors si fréquent que LOUIS BAUDELLOCQUE en 1844 écrivait à propos d'une petite opérée : « La muqueuse du côlon a sa couleur normale. Elle est renversée comme dans tous les cas d'anús contre nature. » — Nous avons pu nous rendre compte, en parcourant nos observations, que c'était là, en effet, la règle presque générale.

On le comprend facilement ; l'orifice artificiel n'a pas de sphincter et malgré le procédé employé tout récemment par M. JOSE RIBERA Y SANZ nous ne croyons pas qu'en cette région il soit vraiment possible d'en établir un. Rien

n'empêche alors la muqueuse intestinale entraînée par les matières, de saillir au dehors. L'accident survient généralement très vite ; au bout de quelques jours dans un cas de MIRIEL ; le 6^e jour chez un opéré de M. KIRMISSON ; le 14^e jour chez celui de SERRAUD.

Au début c'est souvent peu de chose, un simple bourrelet rouge, facile à refouler, parfois on a vu sortir un boudin de 8 à 10 cm. de long, et cela avant la fin de la 1^{re} semaine, comme le rapporte M. KIRMISSON. Le prolapsus peut aussi augmenter avec le temps. Dans un cas cité par MIRIEL on ne voyait les premiers jours qu'un simple bourrelet. 3 mois plus tard l'intestin sortait d'un pouce et demi.

Dans ces conditions, la vie de ces petits malheureux devient intolérable ; non seulement ils se trouvent sans cesse souillés par les matières qui s'écoulent librement, mais encore le contact des vêtements sur la muqueuse détermine une irritation perpétuelle. Il peut survenir en outre des complications septiques de toutes sortes.

SERRAUD nous parle bien d'un petit opéré qui, à 22 mois, malgré cela, se livrait avec joie à tous les exercices enfantins de son âge. Nous n'en concluons pas moins que dans une situation semblable l'intervention est nécessaire.

On a employé divers procédés ; un seul semble admis aujourd'hui : c'est l'abouchement secondaire du rectum au périnée et la suppression consécutive de l'anus iliaque.

Un cas des plus intéressants est le suivant :

OBSERVATION VIII (résumée). — KIRMISSON. — *Bull. Soc. chirurg.*, 1898.

Le 26 mars 1898, on présentait à l'hôpital un petit garçon âgé de 4 jours, et offrant tous les symptômes de l'imperforation anale. L'anus existait, profondeur de 2 cm. ; aussi le chirurgien pratiqua-t-il un débridement au bistouri ; mais ne rencontrant pas l'ampoule

rectale, après avoir pénétré à 3 cm. de profondeur, il fit un anus iliaque.

Six jours après, l'enfant est rapporté dans un état assez précaire, avec, au niveau de son anus iliaque, un énorme prolapsus. Au cours de l'exploration à laquelle se livre M. Kirmisson, l'enfant crie et fait des efforts violents ; subitement les adhérences péritonéales créées par l'opération se rompent, et la plus grande partie de l'intestin grêle et une partie de l'S iliaque font saillie au dehors.

On endort alors l'enfant par le chloroforme ; on réduit les anses intestinales, et une sonde est introduite dans le bout inférieur et, poussée à fond, devient appréciable par la plaie périnéale. On débride l'orifice anal, on aperçoit le cul-de-sac rectal coiffant la sonde ; on l'attire et on le fixe à la plaie périnéale. L'anus normal étant ainsi rétabli, on ferme l'anus iliaque par 2 plans de suture de Lambert.

Les suites opératoires furent d'une bénignité parfaite ; les matières passèrent par l'anus périnéal, et l'enfant s'est normalement développé. Le 22 février 1900, deux ans environ après l'opération, l'anus était continent et non rétréci.

Les résultats de cette opération ne sont malheureusement pas toujours aussi favorables ; nous avons relevé 8 cas d'anus périnéal créé par cette méthode, c'est-à-dire un certain temps après l'établissement de l'anus iliaque. Voici les résultats obtenus.

2 guérisons définitives (LEJARS-KIRMISSON).

2 morts des suites opératoires	{	1 le jour même (CHAPUT).
	{	1 le 5 ^e jour de péritonite (MAC CORMACK).

4 ont survécu aux suites opératoires, mais sont morts peu après de maladies intercurrentes.

3 dans les jours suivants,

1 au bout de 11 mois.

Un point sur lequel on doit, en outre, attirer l'attention est la difficulté très grande qu'on a quelquefois à obtenir la cure de l'anus iliaque, après avoir rétabli la voie périnéale.

Nous lisons ceci dans une observation de HAYNES : « Pen-

dant ce temps, l'orifice abdominal avait pris des dimensions extraordinaires. Il fut rétréci à l'aide de sutures au fil d'argent; mais les sutures cédèrent et la réunion ne se fit jamais ».

Une observation, très remarquable à ce point de vue, est celle de M. LEJARS. Elle nous montre un résultat excellent obtenu au prix des plus grandes difficultés.

OBSERVATION IX. — M. LEJARS. — *Bull. Soc. chirurgie*, 1898.

Cette jeune fille, âgée de 14 ans, est née avec un anus imperforé. Deux jours après sa naissance, on pratiquait dans une des maternités de Paris un anus iliaque et l'enfant, soigné avec la plus grande sollicitude, survivait dans des conditions relativement satisfaisantes.

Au bout de 2 ans, M. PÉAN recherchait l'ampoule rectale par le périnée, l'ouvrait, l'abouchait à la peau et créait un anus normal. A quelques mois de là, il tentait de fermer l'anus contre nature, mais dans l'espace de 4 ans l'opération échouait à trois reprises. Presque toutes les matières continuaient de passer par l'orifice iliaque. La petite malade avait 6 ans; sa santé continuait à être bonne, elle se développait, grandissait, mais l'anus contre nature restait une infirmité de plus en plus pénible, et l'irritation de la peau de l'abdomen entretenait des cuissons et des douleurs constantes. De plus l'avenir se trouvait très assombri par une pareille tare, et les parents ne reculèrent devant aucun sacrifice pour essayer d'obtenir une guérison que la présence d'un anus régulier, susceptible de fonctionner, rendait certainement possible.

Deux nouvelles interventions furent faites dans les années qui suivirent, sans que nous ayons, d'ailleurs, de renseignements précis sur le mode d'exécution; toujours est-il qu'elles se terminèrent toutes deux par un insuccès, malgré un traitement longtemps suivi, des cautérisations sans nombre et des tentatives de tout ordre. Notre petite malade a été soumise à la chloroformisation un nombre de fois qu'il serait malaisé de préciser.

Ce fut dans ces conditions qu'elle me fut présentée par mon ami le Dr DUCHAINE (de Puteaux), en janvier 1897. Elle était grande et de bonne mine, toutes les fonctions digestives s'accomplissaient parfaitement; l'anus normal donnait passage, de temps en temps, à des selles abondantes, ce qui prouvait tout au moins la complète perméa-

bilité de la voie rectale, mais en règle générale, et pour une grande part, les matières s'échappaient par l'anus iliaque. Celui-ci, à première vue, paraissait pourtant réduit à d'étroites dimensions; il n'était guère plus large qu'une pièce de cinquante centimes, non proéminent, entouré d'un liseré rougeâtre, et occupant le centre de toute une zone cicatricielle, trace des interventions antérieures. La sonde cannelée, introduite dans cet orifice, paraissait pénétrer d'emblée dans la cavité de l'intestin et se perdait au loin, en haut et en bas, au milieu des plis de la muqueuse.

L'occlusion définitive de cette fistule nous sembla tout d'abord relativement aisée, et le 17 février, à l'hôpital Beaujon, nous nous mîmes en devoir de la réaliser.

J'incisai la cicatrice, en haut et en bas de l'orifice; j'isolai sur le pourtour la muqueuse et une couche fibroïde, que je crus représenter la tunique musculaire intestinale, je retournai en dedans la colerette muqueuse, et je la réunis, après avivement, par des points séparés à la Lembert, qui adossaient sa face externe, cruentée; par-dessus je réunis par un surjet la plaie fibroïde; je suturai de même, après l'avoir décollé et mobilisé, le plan musculaire de la paroi abdominale, puis l'aponévrose; enfin, après avoir excisé les bords indurés et recroquevillés, je rapprochai les lèvres de la plaie.

Tout cela avait été simple, et, dans l'hypothèse, que je croyais fondée, d'un anus contre nature déjà en grande partie oblitéré et d'une opération complémentaire, en quelque sorte, je m'attendais à un bon résultat, mais je fus décontenancé lorsqu'au bout du 14^e jour je trouvai le pansement souillé de matières fécales et mes sutures entièrement rompues.

Ce malheur eut pourtant un avantage, celui de nous montrer pourquoi nous avions échoué, et pourquoi toutes les tentatives antérieures avaient été aussi sans succès. Au-dessous de la paroi, et de l'orifice externe que nous avions fermé, il existait une vaste cavité, qui était dès lors largement découverte, et au fond de laquelle se trouvait le véritable orifice intestinal, lui-même très large et béant; nous n'avions fermé que la porte de l'antichambre, si je puis ainsi dire, celle de la pièce principale restait grande ouverte.

En juillet, je pratiquai une seconde intervention, complète cette fois. Je fis une longue incision, j'excisai et je curettai soigneusement les parois de la poche adventice sous-pariétale, puis j'ouvris le péritoine et j'attirai en dehors tout le segment d'S iliaque, sur lequel por-

taît la perte de substance. Celle-ci était fort étendue, et j'eus quelque peine à faire une bonne entérorraphie latérale, sans trop rétrécir le calibre de l'intestin ; pourtant, après avoir avivé très parcimonieusement les bords de la solution de continuité, je réunis d'abord la muqueuse par un surjet de catgut et j'adossai de mon mieux les surfaces périnéales par un deuxième surjet à la soie fine. Par-dessus, je suturai en étages les divers plans de la paroi et la peau.

La guérison a eu lieu sans incident, et la petite malade, aujourd'hui très florissante, a repris la vie normale.

Ceci montre clairement qu'en cas d'imperforation de l'anus il faut chercher toujours, avec insistance, à s'ouvrir une voie au périnée et à trouver l'ampoule terminale du rectum. Pareille recherche eût été sans doute efficace dans le cas actuel, puisque, 2 ans plus tard, M. PÉAN réussissait à créer l'anus périnéal ; et bien que notre petite malade ait résisté, c'eût été lui épargner toutes les misères qui ont duré 14 ans.

— Nous avons écrit à M. LEJARS pour savoir ce qu'était devenue cette malade. Nous le remercions de l'empressement avec lequel il a bien voulu nous envoyer les renseignements suivants :

C'est maintenant une grande jeune fille, très florissante et de bonne santé ; je l'ai revue maintes fois. Il y a cinq ou six ans, elle fut atteinte d'une constipation opiniâtre et douloureuse, et craignant une sténose de l'S iliaque, je l'avais prise dans mon service pendant une dizaine de jours, pour voir ce qu'il conviendrait de faire. J'ai pu constater alors que le canal anal était régulier et de calibre normal ; il y avait dans la fosse iliaque gauche une grande quantité de matières stercorales accumulées ; pourtant, par le régime et les purgatifs légers et répétés, tout s'arrangea et une débâcle se produisit. La jeune personne m'avoua qu'elle prenait très peu de soin de la liberté de son ventre ; depuis, elle s'est soumise à un petit traitement (laxatifs doux, etc.), et nul accident n'a reparu.

J'estime que son S iliaque, qui a été si longtemps ouvert à la paroi et plus tard fermé non sans difficulté, n'a point sa largeur et son élasticité ordinaires au niveau de ce point, et que, par suite, les écarts de régime et la constipation prolongée et non surveillée pour-

raient entraîner des désordres analogues à ceux que je viens de relater ; mais l'expérience montre que, grâce à quelques soins, il n'y a là rien de sérieux. Ma jeune opérée a une vie très active ; elle est violoniste, ne manque pas de talent, et donne des leçons ; je crois que son histoire est des plus intéressantes ; elle est, en tout cas, pour moi, un de mes meilleurs souvenirs.

IV. — HERNIE DU REIN

La dernière complication, sur laquelle nous n'insisterons pas, car elle est relativement rare et ne peut se présenter qu'après l'opération de CALLISEN, aujourd'hui abandonnée, est la hernie du rein. Nous en avons découvert un seul cas, dans une observation de MAISONNEUVE.

OBSERVATION X. — MAISONNEUVE. — *Gaz. des Hôp.*, 1849.

Le 5^e jour, le rein faisait une saillie par la plaie. Quatorze jours se passèrent ainsi ; l'enfant allait bien et les parents, jugeant convenable de le reprendre avec eux, vinrent le chercher. 15 jours après, un tiers du rein sortait à travers la plaie.

On comprend facilement ce qu'une pareille complication peut avoir de gravité. Il est peu vraisemblable que l'enfant y ait longtemps survécu.

OBSERVATIONS ⁽¹⁾

VOIE PÉRINÉALE

OBSERVATION XI. — M. VERON, professeur à l'École de médecine de Rennes (publiée en partie dans le *Bull. de la Soc. méd. et scientifique. de l'Ouest* 1907). — Absence d'anus. — Opération d'Amussat. — Rétrécissement. — Mort.

Le dimanche 9 juin 1907, à 8 h. du soir, on apporte à la maternité de l'Hôtel-Dieu un nouveau-né qui présente de fréquents vomissements de méconium, provoqués par une malformation spéciale de la région ano-rectale (absence d'anus).

Cet enfant, de sexe masculin, est né 48 heures plutôt, le 7 juin, d'une multipare, et provient d'une grossesse gémellaire ; il est impossible de savoir si l'autre jumeau, qu'on nous dit avoir succombé quelques instants après sa naissance, offrait un vice de conformation quelconque. En examinant le périnée du petit malade, on n'y trouve aucun vestige de l'orifice anal ; il n'existe ni fossette, ni dépression pour marquer la place que devrait occuper l'anus.

La rectoplastie périnéale est pratiquée séance tenante. Après aseptie préalable du champ opératoire, on incise le périnée sur la ligne médiane d'avant en arrière, en commençant à quelques centimètres de la racine des bourses pour terminer au niveau du coccyx. Dissection plan par plan des couches périnéales, sans dévier de la ligne médiane, sans perdre le contact avec le plan coccygien. La recherche de l'ampoule rectale se montre quelque peu laborieuse, car cette ampoule est profondément située au voisinage du sacrum et le bassin est fortement rétréci par rapprochement anormal des ischions. L'ampoule

(1) Pour ne pas augmenter indéfiniment ce travail, nous avons volontairement négligé de reproduire les observations de MM. DUCURON et BUTAUD. Il suffira de se reporter à leurs thèses inaugurales pour les consulter.

rectale, qu'il est difficile de distinguer (on opère à la lumière artificielle), qui ne tombe pas sous l'influence des cris de l'enfant, est ponctionnée au bistouri et donne aussitôt issue à une quantité considérable de méconium.

Les bords de l'orifice intestinal créé par la ponction sont saisis à l'aide de pinces repères; un manchon rectal est disséqué en vue de la mobilisation de l'ampoule, qui est abaissée puis suturée aux téguments. Deux points commissuraux antérieur et postérieur et quatre points latéraux permettent d'affronter soigneusement la muqueuse et la peau. Les sutures sont faites à la soie n° 10; puis on applique un pansement ouaté aseptique.

Après l'intervention, le méconium s'écoule librement par l'orifice anal nouvellement établi et les vomissements disparaissent. L'enfant est placé dans une couveuse et soumis à l'allaitement mixte, l'une des accouchées du service lui donnant une partie de son lait. Après chaque selle la plaie est soigneusement lavée avec de l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée, puis pansée avec de l'ouate stérilisée.

Le 16 juin, sept jours après l'opération, on enlève les fils de suture; la plaie présente un bon aspect.

Le 17 juin, le petit malade, dont le poids avait augmenté régulièrement jusqu'alors, perd 15 grammes. Cette diminution de poids, qui coïncide avec le départ de la nourrice, ne persiste pas, et les jours suivants, du 17 au 21 juin, la courbe de poids présente une ascension graduelle.

Le 21 juin 1907, à l'examen de la région périnéale, on constate que la plaie se régularise dans sa cicatrisation; c'est à peine s'il existe une légère rougeur péri-anale. L'état général de l'enfant est excellent; il a augmenté dans l'espace de 11 jours de 450 gr. Du 21 au 25 juin, inclusivement, l'enfant perd 75 gr. sous l'influence du vaccin qu'on lui a inoculé et qui est alors au stade pustuleux. La plaie opératoire est presque complètement cicatrisée.

A partir du 26 juin, le poids de l'enfant s'accroît chaque jour dans de notables proportions; le gain quotidien oscille entre 20 et 30 grammes. Le 1^{er} juillet l'enfant présente un peu de diarrhée et, le 2, on constate sur le bord gauche de la région anale une induration sur une surface de 2 cm. 5 à 3 cm. de diamètre; l'enfant crie souvent; néanmoins son alimentation est satisfaisante et il augmente de poids.

Le 3 juillet, une incision au bistouri faite sur la zone péri-anale

tuméfiée donne issue à quelques grammes de pus. L'abcès est drainé durant 36 heures et on administre à l'enfant des bains de siège fréquents à l'eau bouillie. Le nouveau-né augmente de 60 gr. le jour de l'ouverture de l'abcès et de 30 gr. le lendemain, 4 juillet. Le 5 juillet, le poids reste stationnaire, l'abcès néanmoins paraît en bonne voie de guérison. Les 6, 7 et 8 juillet, la courbe du poids du petit opéré est régulièrement ascendante et le 9 juillet le périnée est en excellent état.

Le 14 juillet 1907, l'enfant rentre dans sa famille. La plaie opératoire est complètement cicatrisée et le petit abcès consécutif est entièrement guéri. Le poids de l'enfant, la veille du jour où il quitte le service, est de 3.440 grammes; il pesait 2.560 grammes le lendemain de son opération, le 10 juin 1907; il a donc augmenté de 880 grammes dans l'espace de 33 jours, soit un accroissement moyen de 20 grammes par jour; aussi l'état général de ce nouveau-né est-il très satisfaisant.

Le 7 août 1907, dans la soirée, 2 mois après l'opération, on raporte l'enfant à l'Hôtel-Dieu. Les parents ne lui ont pas fait de dilatation et il présente depuis 5 ou 6 jours des phénomènes d'obstruction intestinale qui vont en augmentant. Rien ne passe plus par l'anus. Le facies est grippé; il y a du ballonnement du ventre et des vomissements fréquents.

Le chirurgien de garde pratique immédiatement un anus iliaque. L'opération, sans anesthésie, se fait très rapidement, mais l'enfant succombe le lendemain matin, 15 heures après l'intervention.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XII (inédite). due à l'obligeance de M. LE MONNET, Professeur à l'école de médecine de Rennes. — Imperforation. — Opération d'Amussat. — Léger rétrécissement. — Dilatation. — Succès.

Le vendredi 2 août 1907, vers 2 h. 1/2, on m'apporte un enfant mâle, né à terme, le mercredi matin et présentant une imperforation de l'anus.

La veille, les parents, surpris de voir que les linges de l'enfant n'étaient pas tachés de méconium, avaient appelé en consultation deux médecins; ceux-ci, ayant constaté l'imperforation anale,

avaient tenté la ponction, à plusieurs reprises, mais sans succès. Ils déconseillaient d'ailleurs toute opération.

On a fait 50 kilomètres pour amener le petit malade, qui est complètement enveloppé d'ouate. Il semble assez fatigué, et cela autant par la chaleur et le voyage que par suite de son occlusion. Il présente une teinte subictérique; le ventre est tendu, ballonné, et on note des vomissements depuis la veille; toutefois le pouls fréquent est perceptible et les extrémités ne sont pas refroidies. A l'examen de la région périnéale, on voit que l'anus bien conformé se termine en cul-de-sac à 1 cm. environ de profondeur. Il existe en outre un léger degré d'hypospadias balanique. Je décide une intervention immédiate sans anesthésie.

L'enfant étant placé en position dorso-sacrée et immobilisé par un aide, je pratique, avec l'assistance du D^r LEPIPE, une incision antéro-postérieure, médiane, partant de la partie moyenne de l'orifice anal pour aller jusqu'au coccyx. L'incision est ensuite prolongée aux ciseaux sur le bord latéral gauche du coccyx. La partie profonde est également incisée. Les tissus sont écartés avec des pinces de KOCHER, ce qui permet une dissection minutieuse d'arrière en avant et de bas en haut. Il n'existe aucun cordon fibreux au-dessus de l'anus, qui est éversé.

A 2 cm. environ au-dessus de l'anus, en disséquant avec les ciseaux on aperçoit une sorte de boudin noir, c'est le rectum distendu. Il est incisé. Il s'écoule alors une grande quantité de méconium, ce qui retarde un peu l'opération. Après avoir passé 4 fils de soie n° 0 en anse, circonscrivant l'incision faite sur l'ampoule rectale, on se sert de ces fils comme de tracteur pour invaginer le bout supérieur dans l'orifice anal largement fendu pendant l'opération. Ces mêmes fils sont ensuite passés à travers la peau de la marge de l'anus et liés à l'extérieur. La suture périnéale postérieure est faite en 2 places; le plan profond au catgut; le plan superficiel à la soie. Pansement aseptique.

Si on fait abstraction du temps qui a été nécessaire à l'écoulement du méconium après l'ouverture de l'ampoule rectale, l'opération n'a pas duré plus de 20 minutes. La perte de sang a été insignifiante.

Le pansement fréquemment souillé est changé 4 ou 5 fois par jour.

Chaque fois on fait une toilette minutieuse à l'eau bouillie pour enlever le méconium. Le pourtour est ensuite enduit d'une couche très mince de vaseline neutre et saupoudré de poudre de bismuth

stérilisée. Le lendemain, le ballonnement abdominal a disparu. Les jours suivants l'état général du petit malade s'améliore de plus en plus ; il n'y a pas de température ; l'alimentation se fait avec du lait coupé d'eau, la nourrice n'arrivant qu'au 6^e jour après l'opération.

La cicatrisation de la plaie opératoire est toutefois un peu retardée par une désunion partielle de la suture périnéale à sa partie antérieure. Il se fait une réunion par seconde intention, et 8 jours après l'opération tout est terminé. Les gardes-robessse faisant régulièrement l'enfant retourne chez lui le 15 août.

Il est revu le 30 août, un mois après l'opération. La guérison est complète ; l'état général excellent. L'enfant élevé au sein se développe très régulièrement, mais les matières fécales moulées sont de petite dimension et font songer à une sténose. L'examen direct fait avec une bougie confirme le diagnostic, cependant une bougie de 8 mm. passe facilement. On engage les parents à faire de la dilatation au petit malade.

30 septembre. — La dilatation a été faite régulièrement une fois par semaine, par le père, avec des bougies de 10 et 11 cm. et sans aucune difficulté.

Même précaution pendant les mois qui suivent, en moyenne une fois tous les 10 à 15 jours.

Revu le 19 mars. Toujours élevé au sein, son développement est parfait ; sa santé excellente. Il ne reste comme trace de l'opération que la cicatrice médiane postérieure, linéaire. La petite désunion antérieure n'a laissé aucune trace. La région anale est normalement constituée, l'orifice a son aspect régulier et une souplesse parfaite. Le petit doigt introduit dans l'orifice anal pénètre facilement, tout en sentant une bride fibreuse située sur la moitié antérieure du rectum. Cette bride n'entrave en rien la défécation, car les selles sont moulées et d'un volume normal. Il sera bon cependant de surveiller l'enfant et de supprimer cette bride, si cela devient nécessaire.

Au début de juin, l'enfant était en excellente santé.

OBSERVATION XIII (inédite), due à l'obligeance de M. DAYOT, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. — Absence d'anús. Méthode d'Amussat. — Léger rétrécissement. — Légère incontinence. — Agé de 10 ans.

En 1897, on apporte à M. DAYOT un enfant du sexe masculin, né

à terme, environ 48 h. auparavant. C'est un très bel enfant, vigoureux, mais chez lequel on constate une absence totale d'anus. L'examen du périnée ne permet de découvrir ni fossette, ni dépression, vertige de l'orifice anal. En outre, il existe une petite fistule recto-urétrale donnant passage à des gaz et à une très petite quantité de méconium.

Rien dans les antécédents héréditaires du petit malade ne peut expliquer ces malformations. La mère est accouchée précédemment de 3 autres enfants bien constitués et actuellement vivants.

Il n'existe encore aucun symptôme d'occlusion intestinale, ni ballonnement du ventre, ni vomissements.

Après anesthésie par le chloroforme, on pratique sur le périnée, suivant la ligne médiane, une incision antéro-postérieure, commençant à quelques centimètres de la racine des bourses, pour se terminer au coccyx. On dissèque alors prudemment, place par place, les couches périnéales. Il n'y a pas de sphincter. A une profondeur de 3 cent. $1/2$ environ, apparaît l'ampoule rectale, facilement reconnaissable à sa teinte noire. Elle est abaissée sans grande difficulté, puis fendue en croix au bistouri. Il s'écoule alors une certaine quantité de méconium. Les bords libres de l'ampoule ainsi ouverte sont fixés à la peau par 4 points de catgut. L'opération a été facile, courte et sans incident d'aucune sorte. Pour le pansement, on emploie des compresses stérilisées. Chaque fois qu'on le renouvelle, la région est soigneusement lavée avec de l'eau bouillie.

Les suites opératoires sont excellentes. Les matières passent très normalement par l'anus reconstitué, la cicatrisation se fait rapidement sans complications. L'enfant est élevé au sein.

A l'âge de 2 ans $1/2$ ou 3 ans, l'enfant ayant mangé des cerises et avalé des noyaux, il fallut l'intervention d'un médecin pour dégager le rectum obstrué. Ceci se fit sans difficulté, mais on constata qu'il existait un peu d'atrésie rectale. Il fut prescrit aux parents de faire de la dilatation au moyen de bougies en gomme, de la façon qui leur fut indiquée. Ils n'en avaient jamais fait jusque-là.

Actuellement, l'enfant, âgé de 10 ans, est en excellente santé. Il ne semble pas toutefois que le sphincter se soit reconstitué. L'anus est continent, sauf pour les matières liquides qui passent en petite quantité. On continue à faire de temps en temps de la dilatation rectale. La petite fistule recto-urétrale semble avoir disparu.

OBSERVATION XIV (inédite), due à l'obligeance de M. MOUCHET, chirurgien des Hôpitaux. — Imperforation. — Opération d'Amussat. — Rétrécissement. — Dilatation. — Mort à 18 mois.

E... Roger nous est amené le 5 août 1899, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le Dr BROCA, que nous remplaçons à ce moment. Il est né il y a exactement 3 jours et n'a pas encore rendu son méconium. Il offre le tableau de l'occlusion intestinale aiguë (ballonnement de l'abdomen, vomissements continuels, facies cyanosé; état général très précaire).

Pas d'antécédents héréditaires spéciaux; deux frères sont morts, l'un du croup, l'autre du tétanos, à la suite de brûlures étendues.

L'anus est bien conformé, mais imperforé; le doigt enfonce dans le canal anal à une profondeur de 2 cent. au bout desquels il est arrêté et ne peut sentir un bombement quelconque pendant les cris de l'enfant. Il est à craindre que le rectum ne manque sur une certaine étendue, comme cela est fréquent dans les cas d'anus bien conformés imperforés.

Le périnée n'est pas trop rétréci, ni les ischions trop rapprochés.

A signaler un petit kyste dermoïde du volume d'un pois, sur la face inférieure de la verge, à la partie moyenne.

En dépit du mauvais état général, nous opérons par la voie périnéale sans anesthésie générale. Nous ne réséquons pas le coccyx; à tort, car nos recherches furent longues et laborieuses. Enfin, à 8 ou 9 centimètres de profondeur au moins, nous voyons le cul-de-sac péritonéal que nous ouvrons délibérément, et nous arrivons sur une ampoule distendue qui ne peut être que le colon pelvien. Nous parvenons sans trop de difficulté à l'abaisser, à le suturer à l'anus, et nous l'ouvrons.

L'enfant est ramené en chemin de fer (trajet de 3 heures) à sa mère qui le nourrit et il éprouve une véritable résurrection.

Au bout de 3 mois environ, un peu de sténose anale qui cède assez facilement aux dilatations hebdomadaires avec les bougies de HÉGAR et aux dilatations quotidiennes par le doigt de la mère.

L'enfant meurt de bronchopneumonie en 2 jours, à l'âge de 18 mois, lors d'un voyage à Paris. Jusque-là l'état général était florissant et les selles parfaites. Le sevrage avait été fait à 14 mois.

OBSERVATION XV (inédite), due à l'obligeance du Dr GHENTCHEFF, de Sofia. — Imperforation. — Méthode d'Amussat. — Succès.

(Bien que cette observation sorte un peu de notre sujet, puisqu'il y avait abouchement anormal du rectum dans la vessie, nous l'avons trouvée assez intéressante pour lui donner place ici.)

Le 10 février 1904, un enfant de sexe masculin est amené à l'hôpital par sa mère pour une malformation de l'anus. Il a des vomissements, du tympanisme abdominal, de la fièvre, de l'agitation, et se plaint sans cesse.

Le petit malade semble bien constitué et vigoureux. On constate le ballonnement du ventre et un peu d'œdème sous-ombilical. Les organes génitaux sont bien développés. Pendant les cris de l'enfant, il s'écoule un peu d'urine chargée de méconium.

A l'examen du périnée, on trouve un anus bien conformé, avec des plis normaux de la muqueuse, mais le petit doigt ne peut s'y enfoncer profondément. Il est bientôt arrêté. Un stylet ne pénètre pas davantage. Sous les efforts de l'enfant, le toucher anal ne donne pas une impression bien nette. La température est de 37°8. On porte le diagnostic d'imperforation de l'anus.

En raison de la situation inquiétante de l'enfant, on se décide à opérer sur l'heure, sans s'attarder à faire le diagnostic exact de la position du rectum.

Sans faire d'anesthésie, on prépare avec soin le champ opératoire. L'enfant est couché sur le dos, les jambes écartées, de façon à mettre le périnée en pleine lumière. On fait alors une incision allant de l'anus au coccyx; on écarte en passant les muscles du périnée et au fond de l'incision on trouve des paquets adipeux qui sont écartés avec les doigts et la sonde cannelée. Un cordon fibreux partant du niveau de la dépression anale pour se diriger en haut et en arrière est sectionné au moyen de ciseaux mousses. On voit alors que ce cordon était formé par les sinus de l'intestin atrophie.

En suivant et en disséquant ce cordon, on arrive à 3 ou 4 cm. de profondeur; une légère déchirure qui lui est faite à ce niveau laisse passer un peu de méconium. On arrive ainsi au rectum, qui est fixé par des pinces de Péan. On lave le champ opératoire avec une solution boriquée à 2 o/o; on isole l'ampoule rectale et on arrive à l'abaisser vers le périnée jusqu'au niveau de la dépression anale. L'ampoule ouverte alors est fixée par 3 points de suture, puis la muqueuse

intestinale est soigneusement réunie à la peau par des points au catgut. L'incision périnéale postérieure est enfin fermée à la soie.

Pansement de la plaie à la vaseline boriquée.

L'enfant rentre chez lui, mais est ramené chaque jour. La température revient à la normale, le jour même. Au bout de 5 jours, on enlève les sutures devenues inutiles, la réunion étant complète.

Depuis l'opération, qui remonte à 6 mois, l'enfant va très régulièrement à la selle et rien ne sort plus par le méat.

OBSERVATION XVI (inédite), due à l'obligeance de M. TERMET, chirurgien des hôpitaux du Havre. — Imperforation. — Méthode d'Amussat. — Mort 1 an après.

M... Adolphe entre le 20 août 1906 à l'Hospice-Général, deux jours après sa naissance, pour une imperforation de l'anus.

Je suis appelé d'urgence et le vois à 9 heures du soir. Le ventre est ballonné, l'état général mauvais, les vomissements fréquents. L'enfant par ailleurs semble bien constitué; il est né à terme et de taille moyenne. Je constate l'imperforation anale. Le périnée bombe pendant les cris et les efforts du petit malade, ce qui me fait supposer que l'ampoule ne doit pas se trouver très loin des téguments cutanés.

Après inhalation de quelques gouttes de chloroforme, je pratique une incision sur le raphé périnéal. Je recherche et découvre facilement l'ampoule rectale que j'incise; il s'en échappe une quantité considérable de matières fécales liquides; je suture alors les bords incisés de l'ampoule aux téguments, comme j'aurais fait pour un anus iliaque. L'enfant se remet très bien et est emmené le 22 août.

Revenu chez ses parents, dans un milieu très misérable et mal-propre, l'enfant souffre dans son régime alimentaire. On l'admet de nouveau à l'Hospice-Général, du 19 au 21 septembre. Son anus fonctionnant bien, il retourne chez ses parents.

Le 15 octobre, il revient de nouveau pour les mêmes raisons de misère physiologique. Son anus fonctionne bien. Il ressort le 15 novembre.

Enfin le 21 novembre c'est pour la coqueluche qu'il rentre à l'Hospice Général. Il en sort le 10 janvier 1907. L'anus fonctionnait toujours bien.

J'ai cherché à savoir ce qu'il était devenu, et j'ai appris qu'il était mort vers le mois de juillet ou d'août 1907, à la suite d'entérite.

En résumé, l'opération, facile en elle-même, avait bien réussi et l'enfant est décédé pour une autre cause. S'il eût été dans un autre milieu social il serait probablement encore vivant.

OBSERVATION XVII (inédite), due à l'obligeance de M. MAURICE GUILLOT, chirurgien des hôpitaux du Havre. — Imperforation. — Méthode d'Amussat. — Incontinence. — Suivi 1 mois.

Pendant que j'étais interne de M. FÉLIZET, en 1897, un enfant de quatre jours fut présenté à la consultation par la mère accompagnée de la sage-femme, que le cas intéressait. La sage-femme avait fait le diagnostic d'imperforation de l'anus.

L'inspection montrait à la place de l'anus une cupule assez bien marquée. Le doigt, en contact avec cette cupule, ne sentait aucune impulsion pendant les cris de l'enfant. Le ventre était ballonné.

Anesthésie avec quelques gouttes de chloroforme. Incision allant de la racine des bourses jusqu'au coccyx. Cette incision fut faite très prudemment de manière à ne pas sectionner le sphincter. Jusqu'à une profondeur, que je fixe très grossièrement à trois centimètres, aucune trace de sphincter ne fut trouvée. A ce moment et après avoir introduit un cathéter dans la vessie, on sentit en arrière de ce réservoir une masse moyennement tendue que le bec d'une sonde cannelée permit de libérer. Cette masse était l'ampoule rectale. Une pince de Kocher fut mise sur l'ampoule pour l'abaisser, mais elle déchira la paroi de l'intestin. Je pus cependant par des tractions douces abaisser assez l'ampoule pour suturer les bords de la déchirure à la peau. Un petit drain fut mis dans le canal ano-rectal ainsi constitué.

L'enfant fut remporté par la mère, car il était nourri au sein. Tous les jours il fut ramené. Le drain fut supprimé le deuxième ou le troisième jour. Les suites furent simples, mais je me rappelle fort bien que l'anus ainsi constitué ne fut pas continent. Il en était ainsi encore quand l'enfant fut perdu de vue un mois après environ.

OBSERVATION XVIII (inédite), due à l'obligeance de M. WALCH, chirurgien des Hôpitaux du Havre. — Imperforation. — Méthode d'Amussat sans résultat. — Mort.

C..., Lucien, entre à l'Hospice-Général le 27 mars 1905, deux jours après sa naissance pour une imperforation de l'anus.

L'opération est faite le jour même. On pratique une incision allant de la racine des bourses au coccyx. La recherche de l'ampoule est infructueuse; il est absolument impossible de la trouver. On ne sent rien bomber au périnée pendant les cris de l'enfant.

Mort du petit malade dans la nuit.

OBSERVATION XIX (inédite), due également à l'obligeance de M. WALCH. — Imperforation. — Méthode d'Amussat. — Mort.

H... Auguste, entré à l'Hospice-Général le 23 mars 1908, le lendemain de sa naissance, pour une imperforation anale.

Opéré immédiatement, on fait une incision des bourses au coccyx. L'ampoule rectale située très haut est abaissée, fixée, ouverte et suturée à la peau du périnée avec du catgut.

Les jours suivants les sutures ont lâché et les bords de la plaie sont un peu enflammés.

L'enfant meurt de pneumonie, le 6 avril 1908, 14 jours après l'opération.

OBSERVATION XX (inédite), due à l'obligeance de M. PLANCHU, accoucheur des Hôpitaux de Lyon. — Imperforation. — Incision simple. — Rétrécissement. — Dilatation.

Il y a deux ans, en 1906, un enfant me fut présenté pour une imperforation ano-rectale. Le cas était des moins graves. Au lieu et place de l'anus, dont les plis radiés étaient normaux, existait un infundibulum cloisonné par une simple membrane d'une épaisseur de 1 mm. environ.

Après avoir écarté le sillon interfessier, j'incisai directement dans le fond de l'infundibulum et arrivai ainsi presque tout de suite sur l'ampoule rectale. Je complétais la perméabilité ainsi obtenue par une dilatation aux bougies d'Hégar jusqu'à la bougie n° 8.

Tout ensuite se passa bien, mais vers la troisième semaine l'anus avait tendance à s'atrophier et je dus à nouveau faire de la dilatation aux bougies. L'enfant qui a suivi ma consultation de nourrissons environ 8 mois était nourri par sa mère. Il a présenté deux fois de la constipation, vers l'âge de 3 mois. Je dus lui faire encore de la dilatation lente, jusqu'à pouvoir passer le petit doigt. Il s'est ensuite

très bien élevé sans incident, mais sa mère était obligée de combattre fréquemment la constipation par des lavements journaliers.

OBSERVATIONS XXI-XII (inédites), dues à l'obligeance de M. VIGNARD, chirurgien des hôpitaux de Lyon. — Imperforations. — Méthode d'Amussat. — Une mort. — Un succès.

L'enfant atteint d'imperforation anale fut opéré suivant la méthode classique : incision du périnée et recherche du cul-de-sac rectal qui est abaissé, ouvert et suturé à la région ano-rectale. Tout ceci nécessite des manœuvres assez laborieuses.

Le petit opéré mourut le lendemain. A l'autopsie, on constata une déchirure de l'intestin. Des matières fécales abondantes se trouvaient dans le cul-de-sac de DOUGLAS.

— Un autre enfant, également imperforé, fut opéré par le même procédé. Il se présenta aussi de grandes difficultés, toutefois les suites de l'intervention furent heureuses.

OBSERVATIONS XXIII-XXIV (inédites), dues à l'obligeance de M. NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien des hôpitaux de Lyon. — 5 imperforations. — Méthode d'Amussat. — 4 morts, dont 1 à 4 mois. — Un rétrécissement. — Rectotomie post. — Survie 2 ans et demi.

Trois enfants atteints d'imperforations ont été opérés dans mon service par la méthode habituelle : fixation de l'ampoule rectale au périnée.

L'un est mort peu de jours après; deux autres ont survécu à l'intervention.

Le premier est mort quatre mois plus tard de gastro-entérite; son anus fonctionnait bien et, d'après l'opinion du médecin qui l'a traité, sa malformation n'était pour rien dans les accidents ayant causé la mort.

Le second a été suivi pendant deux ans et demi. Son anus s'étant atrésié, on a dû faire secondairement une rectotomie postérieure qui a donné un bon résultat, et le fonctionnement de l'anus était très satisfaisant. J'ai perdu ce malade de vue depuis novembre 1906, et je n'ai pu savoir ce qu'il était devenu, ses parents ayant probablement quitté Lyon.

OBSERVATION XXV (résumée). — GIROUARD, père. — *Gaz. des hôpitaux*, 1864. — Imperforation. — Ponction. — Rétrécissement. — Opération. — Guérison.

Le 31 mai 1864, on m'apporta une petite fille de 4 mois, née avec une imperforation de l'anus, qui avait été opérée 2 jours après sa naissance.

On avait recommandé de placer chaque jour dans la plaie des mèches de charpie, pour empêcher l'ouverture de se refermer. Il ne s'en produisit pas moins un rétrécissement qui s'opposait à l'introduction des mèches même les plus petites. Depuis 15 jours, l'enfant prenait tous les matins une cuillerée à café d'huile de ricin.

L'aspect général était mauvais : face grippée, joues creuses, yeux enfoncés, ventre ballonné, cris et vomissements continus. Du matin au soir et pendant une partie de la nuit, l'enfant faisait des efforts pour aller à la selle et ne rendait que de l'eau. L'anus présentait une ouverture très petite, grosse comme une tête d'épingle. Au delà du rétrécissement, qui avait 2 cent. et demi de profondeur, l'intestin était dilaté.

Je traçai à l'encre, de la base du coccyx à l'anus, un ovale large de 2 cent. ; sur toute son étendue, à l'exception du point correspondant à la cloison recto-vaginale, j'appliquai une couche de pâte de Vienne de quelques millimètres d'épaisseur. En cinq minutes, la cautérisation de la plaie fut complète. J'enlevai la pâte, et après avoir introduit une petite sonde dans le trajet fistuleux, je traversai la base du coccyx jusqu'à la sonde avec un bistouri droit, dont la lame, glissant dans un manche gradué, ne s'allongeait que de 2 cm. L'ayant retiré, j'enfonçai une cheville de pâte de zinc, un peu moins longue que le trajet de la plaie, entre cette ponction et l'anus, j'en fis 2 autres et j'y logeai des morceaux de pâte de zinc, de manière à ne cautériser que la paroi postérieure du trajet fistuleux, sans toucher à la paroi antérieure formée par la cloison recto-vaginale. Six heures après, tous les tissus étant traversés par le caustique, je fendis l'externe au bistouri. Le méconium s'écoulant, le ventre se dégonfla. Je mis des mèches de charpie écartée; sur chaque côté de la plaie j'appliquai de la pâte de zinc et pour en limiter l'action et l'empêcher d'agir sur la cloison recto-vaginale, j'entassai sur le fond de la plaie de la charpie enduite d'onguent de la mère. Je recommandai à la

nourrice de retirer la mèche pour que l'enfant aille à la selle et de refaire ensuite le pansement avec des linges enduits d'onguent de la mère.

Pendant la cautérisation, la souffrance fut très bien supportée. Il y eut quelques plaintes, mais pas d'accidents. Huit jours après, tout va bien et les matières passent librement. On cesse alors l'introduction des mèches pour passer, midi et soir, une tige d'ivoire de la grosseur du petit doigt. Le 25^e jour l'état était excellent et les matières moulées, plus grosses que le petit doigt. Enfin trois mois plus tard toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement.

MÉTHODE DE LITTRE

OBSERVATION XXVI (inérite), due à l'obligeance de M. WALCH, chirurgien des Hôpitaux du Havre.

D... Julien, âgé de 1 jour, entre à l'Hospice Général le 26 avril 1908 pour une imperforation de l'anus.

On intervient le jour même. Incision périnéale, allant sur la ligne médiane, de la racine des bourses au coccyx. On cherche ensuite très profondément sans pouvoir découvrir l'ampoule rectale. On se décide alors, en désespoir de cause, à pratiquer un anus contre nature, dans la fosse iliaque droite.

Cet enfant, opéré il y a 5 semaines, est actuellement dans le service et va très bien. On se propose de faire plus tard une laparotomie, d'aller à la recherche de l'iliaque et de l'amener au périnée si la chose est possible.

OBSERVATION XXVII. — DURET. *Soc. Méd. de Paris*, t. IV.

Je convoquai une assemblée de médecins et de chirurgiens employés dans les différents hôpitaux de la ville (Brest). Les consultants furent d'avis d'ouvrir la peau à l'endroit où le rectum devait se rendre, pour chercher cet intestin. L'opération n'eut pas de succès. Alors l'enfant semblait mourant; pourtant le lendemain il vivait encore.

Il y eut une deuxième consultation où je proposai, pour prolonger la vie de l'enfant, la gastrotomie et l'établissement d'un anus artificiel. Je commençai par l'exécuter sur le cadavre d'un enfant de

15 jours, que je pris à l'hôpital des pauvres de cette ville. Je pratiquai une incision entre la dernière fausse côte, du côté gauche, et la crête de l'os des fies : la plaie pouvait avoir 2 pouces d'étendue, elle découvrait la gibbosité du rein et une petite région de la partie gauche du côlon. Cette dernière fut ouverte, ensuite on injecta de l'eau dans l'anus ; une partie ressortit de l'ouverture du côlon et une autre partie s'épancha dans le ventre.

L'assemblée, d'après cet essai, ayant prolongé la discussion aussi loin que pouvaient l'exiger l'intérêt de l'humanité et l'honneur de la chirurgie, arrêta : 1° que sans ce moyen extraordinaire la mort de l'enfant était certaine ; 2° que l'axiôme de Celse : « Mieux vaut employer un remède douteux que d'abandonner le malade à une mort certaine » trouvait ici son application ; 3° que les réflexions d'Hévin sur la gastrotomie n'étaient point contraires à cette opération toutes les fois que le siège et la cause du mal étaient comme ici reconnus.

J'ouvris le ventre du petit malade au-dessus de la région iliaque, dans l'endroit où l'S du côlon formait une tumeur, ... je donnai à cette ouverture à peu près 1 pouce 1/2 d'étendue. Elle servit à introduire mon index dans l'abdomen, avec lequel j'attirai au dehors l'S du côlon ; et dans la crainte qu'il ne rentrât par la suite dans le ventre, je passai dans le mésocôlon 2 fils cirés ; ensuite j'incisai l'intestin en long. L'air et le méconium sortirent en abondance, puis j'appliquai une compresse percée, de la charpie et un bandage de corps...

L'opéré vivait encore en 1885.

MÉTHODE DE CALLISEN

OBSERVATION XXVIII. — BAUDELLOCQUE. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1894. — Imperforation. — Anus lombaire. — Guérison.

MÉTHODES PÉRINÉALES ET ILIAQUES ASSOCIÉES

OBSERVATION XXIX (inédite) due, à l'obligeance de M. CIVEL, Chirurgien des Hôpitaux de Brest.

Le 13 août 1894, on m'amène pour imperforation anale, l'enfant T..., de Saint-Gall. Il est âgé de 48 heures. Je l'opère immédiatement et cherche en vain à découvrir l'ampoule rectale par la voie périnéale. Je pratique alors une incision abdominale et ayant trouvé le rectum, je l'abaisse et le suture aux lèvres de l'incision périnéale.

L'enfant a vécu 7 mois. Il est mort de diarrhée verte. Je l'ai vu quelques jours avant sa mort. Le résultat opératoire était excellent, l'anus bien perméable. Ce cas était alors intéressant, car c'était un des rares enfants qui aient survécu.

OBSERVATION XXX (inédite), due à l'obligeance de M. CIVEL, Chirurgien des Hôpitaux de Brest.

Le 4 octobre 1897, Jeanne L... est amenée, le lendemain de sa naissance. Son anus est imperforé. Je pratique la même opération ; descente du rectum par incision abdominale après exploration de la région anale.

L'enfant a succombé 4 jours après l'opération.

OBSERVATION XXXI. — W. CORNAC. *Lancet*, 1886. — Imperforation. — Anus iliaque. — 20 jours après le rectum est attiré au périnée. — Mort 5 jours plus tard.

OBSERVATION XXXII. — CHAPUT. Des opérations sur l'intestin, 1892. — Imperforation. — Recherche inutile par le périnée. — Anus iliaque. — Impossibilité d'abaisser le rectum jusqu'au périnée. — Résection du coccyx et du sacrum. — Tube en caoutchouc dans anus. — Mort 2 mois plus tard.

OBSERVATION XXXIII. — DELAGÉNIÈRE et CIVEL. — *Arch. prov. de chirurgie*, 1894. — Anus iliaque. — Abaissement du rectum au périnée. — Mort 9 jours après de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XXXIV. — DELAGÉNIÈRE. — *Arch. prov. de chirurgie* 1894. — Imperforation. — Anus iliaque. — Abaissement du rectum au périnée. — Mort 5 jours plus tard de diarrhée verte.

OBSERVATION XXXV. — SOUBEIRAN, *Montpellier médical*, 1905. — Imperforation. — Spina-bifida. — Opération d'Amussat. — Mort d'hydrocéphalie.

Une petite fille assez chétive, présentant des pieds-bots, un spina-bifida et une imperforation de l'anus est amenée à M. SOUBEIRAN,

24 heures après sa naissance. Celui-ci pratique l'opération d'Amussat, qui lui permet de découvrir l'ampoule à 2 centimètres de profondeur. Il fait ensuite l'ablation du spina-bifida.

Les suites opératoires furent bonnes. Trois mois après, l'enfant vivait encore.

Nous avons écrit à M. SOUBEIRAN pour avoir des nouvelles de l'enfant, nous tenons à le remercier de l'empressement qu'il a mis à nous répondre.

Ma petite opérée est morte hydrocéphale cinq mois après les opérations qu'elle a subies.

OBSERVATION XXXVI. — POISSON, *Bull. soc. méd. de Nantes*, 1905.

Imperforation. Ponction. Opération d'Amussat. Guérison.

Nouveau-né présentant un anus fermé par une cloison bleuâtre à 2 centimètres de profondeur. Le médecin de la famille ponctionne la membrane sans résultat. Le lendemain, M. POISSON appelé agrandit l'orifice créé la veille, mais sans obtenir de méconium. Il incise alors le raphé supérieur dans toute son épaisseur : téguments, coccyx et sacrum. L'intestin est saisi et suturé à la plaie.

La guérison est un peu ajournée par une procidence et une invagination du rectum qu'on parvient à refouler au moyen d'un tampon de gaze iodoformée.

Nous avons demandé à M. POISSON des nouvelles de son petit malade. Nous le remercions d'avoir bien voulu faire des recherches qui, malheureusement, n'ont pas abouti. Il n'a pu savoir ce qu'était devenu l'enfant.

OBSERVATION XXXVII (inédite), due à l'obligeance de M. FABRE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

6 imperforations opérées. 5 morts. 1 survie de 3 mois.

J'ai opéré 6 enfants pour imperforation de l'anus, cinq fois par la voie inférieure, une fois par la voie abdominale. Je n'ai obtenu qu'une seule survie de trois mois.

CONCLUSION

1° Les statistiques publiées jusqu'à ce jour nous renseignent insuffisamment sur les résultats obtenus dans le traitement des absences et imperforations de l'anus et du rectum.

2° Si nous recherchons, dans les 223 observations que nous avons pu réunir, ce que sont devenus les malades, nous constatons que les résultats, considérés au point de vue de la survie, sont peu satisfaisants dans leur ensemble.

55,20 0/0 des opérés dépassent la 1^{re} semaine ;

44,40 0/0 — le 1^{er} mois ;

22,80 0/0 sont perdus de vue pendant la 1^{re} année ;

13,45 0/0 dépassent 1 an ;

5,82 0/0 — 20 ans.

3° L'avenir de l'enfant qui a survécu est assombri par des complications secondaires particulièrement graves ; ce sont :

a) Le *rétrécissement*, qui se produit en règle presque générale après les interventions par le périnée, déterminant l'occlusion aiguë, rapidement mortelle si l'on n'intervient pas, ou chronique, avec des symptômes d'intensité variable : simple constipation ; crises de rétention stercorale ; formation d'un mégacolon.

b) L'*incontinence des matières fécales*, qu'on trouve quelquefois après les opérations par le périnée, et qui est fatale dans le cas d'anus contre nature.

c) *Le prolapsus de l'intestin*, assez rare également au péri-
née ; extrêmement fréquent, lui aussi, dans les anus de Littre
et de Callisen.

d) *La hernie du rein*, accident exceptionnel, car il ne peut
se produire qu'avec l'anus lombaire, universellement aban-
donné aujourd'hui.

Vu : *Le Président de Thèse*,

KIRMISSON.

Vu : *Le Doyen*,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE⁽¹⁾

- ABERG. — *Hygiea*. Stockholm, 1903.
- ALLABEN. — *Weekly m. Rev. Saint-Louis*, 1892.
- ALLIN (C. M.). — *New-York. m. Times*, 1852.
- ALLINGHAM. — The diagnosis and treatment of diseases of the rectum.
London, 1896.
- * AMUSSAT. — *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1841.
— *Bull. général de Thérapeutique*. Paris, 1861.
- * ANDERS (E.). — *Arch. de Langedbeck*, 1893, p. 489.
- * ANNE. — Thèse de Paris, 1879.
- ASCHENBORN. — *Arch. f. Clinic. Chir. Berlin*, 1880.
- * ASTHON. — *Lancet*. London, 1827-1830, p. 637.
- * AUDEBERT. — *Journal méd. Bordeaux*, 15 déc. 1896, p. 31.
- * AUVRAY. — Congrès de chirurgie, 1902.
- * BARDINET. — *Gaz. des Hôpit.*, 1853.
- * BARKWELL. — *Lancet*, London, 1886.
- * BAUDELLOCQUE. — *Gaz. des Hôpit.*, 1844, p. 398, et 1846.
- BECKER. — Inaug. dissert. Kiel, 1879.
- * BÉRANGER. — *Poitou médical*, 1887.
- * BERNARD (C.). — *Journal des sc. méd. Lille*, 1886, p. 355.
- * BERTHELOT. — *Gaz. des Hôpit.*, 1835, p. 92.
- * BILHAULT. — *Annales de chir. et d'orthop.* Paris, 1901.
- * BINAUD. — *Journal méd. Bordeaux*, 19 janv. 1896.
- * BLONDEL. — *Bull. Soc. Obs. Paris*, 1901, p. 150.
- BODENHAMER. — *New-York méd. Journal*, 25 mai 1889, p. 564.
- * BOISVERT. — *Bull. Soc. anat. et physiol.* Bordeaux 1886.
- * BOUCART. — Thèse de Paris, 1863.
- * BOUCHACOURT. — *Bull. Soc. Obst.*, 16 avril 1908.
- * BOUGON. — *Gaz. des Hôpit.*, 1828, p. 78.

(1) Nous avons placé un astérisque devant le nom des auteurs dont nous avons pu consulter les travaux ou observations.

- * BOUISSOU. — Thèse d'agrégation, Paris, 1851.
- * BOYER ET ROUX. — *Gaz. des Hôpit.*, 1831, p. 227.
- BRAULT. — *Gaz. des Hôpit.*, 1897.
- BREADLEY. — *Med. News*, 5 mars 1892.
- BRESCHET. — *Acad. de med.*, 1884.
- BRIDDON. — *New-York med. Journ.*, janvier 1884.
- BRIGGS. — *Journ. Obst. New-York*, 1904.
- BRISKEN. — Weber Atresia ani und ihre Behandlung. Bonn, 1888.
- * BROCA. — *Revue des maladies de l'enfance*, juill. 1891.
- *Bull. Soc. anatomique*, 1892.
- *Notes de chirurgie*. Paris, 1892.
- *Bulletin médical*, 1893, p. 3.
- *Bull. Soc. chirurgie*, 1899.
- *Revue génér. clinique et thérap.* Paris, 1904.
- * BRUN. — Obs. in thèse de PASSEMARD. Montpellier, 1907.
- BUCKMASTER. — *Transact. of the Ann. gyn. soc.*, 1894.
- BUSHE. — A treatise of the malformation, injuries and diseases of the rectum. New-York, 1837.
- * BUTAUD (J.). — Thèse de Paris, 1900.
- BYRD (W.-A.). — *Med. and. surg. Reporter*. Philadelphia, 1882.
- CALLISEN. — *Systema chirurgica moderna*, 1880.
- CAMPBELL. — *Liverpool Med. Chir. Journal*, 1885.
- * CAMPENON. — *Bull. Soc. Anatomique*, 1871.
- * CASTAN (de Béziers). — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1899, p. 734.
- * CECI. — Operazioni sul retto, 1891, p. 14.
- * CHALOT. — *Bull. Soc. chirurgie*, 1896, p. 318.
- *Traité de chirurgie et de médecine opératoire*, 1898.
- CHAPIN. — *New-York Acad. of méd.*, 10 oct. 1891.
- * CHAPUT et AUVRAY. — *Bull. Soc. Anatom.*, 1892.
- * CHARON et DE SAINT-MOULIN. — *Presse méd. belge*. Bruxelles, 1873.
- * CHASSAIGNEAU. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1856.
- * CHRÉTIEN. — *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} juill. 1877.
- CLARK. — *Glasgow med. Journal*, sept. 1879.
- * CLARKE. — *London path. Soc.*, 1^{er} déc. 1892.
- * CLUTTON. — *Lancet*. London, 1886.
- COLLIER. — *Lancet*. London, 1904.
- * COLSON. — *Journal hebdomad. de méd.*, 1830.
- * COMMANDEUR. — *Mercredi médical*. Lyon, 12 déc. 1895.

- CONANT. — *Boston méd. Journal*, 24 mars.
- COOMBE. — *Lancet*. London, 1891.
- COOPER et SWINFORD EDWARDS. — *Diseases of the rectum and anus*. London, 1892.
- W. CORNAG. — *Lancet*. London, 1886.
- * COSKERY. — *New York med. Journal*, juill. 1886.
- CRICK. — *Army med. Dep. Rep.* London, 1883.
- CRIPPS. — *Brit. med. Journ.*, 4 juin 1892.
- * CURLING. — *Traité des maladies du rectum*. Trad. franç. par BERGERON. Paris, 1883.
- CZERNY. — XXII^e congrès de la Soc. allem. de Chirurg., avril 1893.
- * DALGLEISH. — *Lancet*. London, sept. 1887.
- * DANYAU. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1849.
- * DARIER. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1881, p. 601.
— *Progrès médical*, 1883.
- * DEKIO et REVAL. — *Darpeter medicinische Zeitschrift*, 1872.
- * DEBOUT. — *Bull. de thérapeutique*, 1885.
- * DELAGENIÈRE (P.). — *Congrès français de Chirurgie*, 1893, p. 534.
— *Arch. provinciales de Chir.*, 1894.
- * DELANGLADE. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1899, p. 609.
- * DELBET. — XIV^e Congrès français de Chirurgie, 1901.
- * DELENS. — *Bull. Soc. Chir.*, 1875.
- DEMELIN. — *Revue d'obstétrique*. Toulouse, 1895.
- * DENONVILLIERS. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1850.
- * DEPAUL. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1840-1851-1862.
- DESPRECHINS. — *Polyclinique de Bruxelles*, 1904, p. 250.
- * DIETERLEN. — *France méd.*, 1881.
- * DIEULAFÉ et GILLES. — *Toulouse médical*, 1903.
- DODGSON. — *Brit. med. Journal*. London, 1868.
- * DOLBEAU. — *Bull. Soc. Chir.*, 1862.
- DORFWIRTH. — *Wien. med. Presse*, n^o 17, p. 548.
- * DOUTRELEPONT. — *Berlin Klin. Voch.*, 22 août 1881.
- DOWNY et DEELY. — *Brooklyn med. Journ.*, 1904, p. 253.
- * DUCURON. — *Thèse de Bordeaux*, 1889.
- * DUDON. — *Archives de méd. navale*, Paris, 1876.
- * DUFOURNIER. — *Bull. Soc. Anatom.*, Paris, 1890, p. 175.
- * DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, Paris, 2^e édit., 1898.

- * DUPUYTREN. — *Gaz. des Hôpit.*, fév. 1831, p. 215.
- * DURAND. — *Gaz. des Hôpit.*, 1894, p. 1303.
- * DURET. — *Recueil périod. de la Soc. de méd. de Paris*, t. IV, p. 45.
- DUVAL (M). — *Atlas d'embryologie*.
- * ELKINGTON. — *Brit. med. Journal*, 7 sept. 1878.
- ELLIOT. — *Lancet*. London, 1890.
- EPLEY. — *North West Lancet*, X, p. 53.
- ESMARCH. — *Pitha. Billroth*, 1872.
- * ETIENNE E. — Thèse de Nancy, 1890.
- * EUSTACHE G. — *Bull. Soc. obstét.* Paris, 1903.
- * EYNARD. — Obs. in Thèse FOATA.
- * FAUCON. — *Bull. Soc. des sciences méd.* Lille, 1886.
- FERRARESI. — *Riforma medica*. Roma, 1902.
- * FOATA (J.-C.). — Thèse de Lyon, 1900.
- * FOCHIER. — *Mercredi médical*, Lyon, 1894, p. 605.
- * FONT-RÉAULX. — *Bull. Soc. des sciences méd.* Lille, 1864.
- * FORGET. — *Gaz. des Hôpit.*, 1843 p. 347.
— — *Union médicale*, 1850.
- * FORGUE. — Art. dans *Traité des maladies de l'Enfance* de GRANCHER et COMBY, t. V, 1905.
- * FORGUE et RECLUS. — *Traité de thérapeut. chirurg.* Paris, 1892.
- * FORTIN. — *Normandie médicale*, 1^{er} août 1895.
- * FOURCADE. — *Bull. Soc. anatomique*, 1830.
- * FOURNIER. — *Bull. Soc. obstét.*, 1908.
- * FROELICH. — *Gazette hebdomadaire*, 1894, p. 375.
- * GALTIER. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1904.
- GARDON (G.-A.). — *Brit. med. Journal*. London, 1890.
- * GÉRARD-MARCHANT. — *Chirurgie du gros intestin*. Paris, 1902.
- GERSTER (A.). — *New-York med. Journal*, 9 nov. 1878.
- * GEVAERT. — *Archives de Tocologie*. Paris, 1894.
- * GILLETTE. — *Union médicale*. Paris, 1877.
- * GIRALDÈS. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurg. pratiques*, 1885.
- * GIROUARD (père). — *Gaz. des Hôpit.*, 1864, p. 455.
- * GOSSELIN. — *Gaz. des Hôpit.*, 1850.
- GOYRAND (G.). — *Gazette médicale*. Paris, 1856.
— — *Bull. de la Soc. Chirurgie*, t. VII.

- GROSS. — Inaug. dissert. Strasbourg, 1894.
- * GUELPA (L.). — Thèse de Montpellier, 1902.
- * GUERSANT. — *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 564.
— *Bull. Soc. anatomique*, 1860.
- GUILLON. — *Soc. méd. de la Sarthe*, 1847.
- GUINARD (A.). — *Gaz. hebdomadaire de méd.*, 1887.
- GUNTHER. — Thèse de Bonn, 1902.
- * HADRA. — *Soc. méd. de Berlin*, 25 mars 1885.
— *Berlin Klin. Wochens.*, 1888, p. 1018.
- * HARRISON (R.). — *Lancet*. London, 1876.
- HARTSHORN. — *Lancet*. London, 1888, p. 419.
- * HAYNES (W.). — *Amer. Journal of the med. sc.*, juillet, p. 174.
- HERGOTT. — *Gaz. médicale de Strasbourg*, 1886.
- HERMANN. — *Journal de chir. et Annales Soc. belge de chir.*
Bruxelles, 1906, p. 438.
- HERTWIG. — *Traité d'embryologie*.
- * HERVEZ DE CHÉGOIN. — *Gaz. des Hôp.*, 1829, p. 148.
- * HEYDENREICH. — *Revue médicale de l'Est*, 1890.
- HIGGINS. — *Boston med. Journal*, 14 mai 1896.
- HILDEBRANDT. — *Deutsche Zeitschr. f. Chirurg.* Leipzig, 1887.
- HIRSCHMANN. — *New-York Med. Journal*, 1905.
- HOLLOWAY. — *Brit. med. Journal*. London, 1892.
- HORROCK'S (L.). — *Tr. Obst. Soc.* London, 1885.
- HORROCK'S (W.). — *Lancet*. London, 1898, p. 1398.
- JAKNBOWITCH. — *Egened. Klin. Gaz.* St-Petersbourg, 1885, pp. 571,
590, 621.
- * JEANNEL. — *Revue de chirurgie*. Paris, 1887, p. 190.
- * JESSEN. — *Obs. in Thèse de Bouissou*. 1851.
- * JONDEAU. — *Revue des maladies de l'Enfance*, 1891.
- KASTNER. — *Deutsche Klinik*. Berlin, 1870.
- * KEHERER. — *Berlin Klin. Woch.*, 1894, p. 751.
- KELSEY. — *The patholog. diagnosis and treatment of diseases of
the rectum and anus*. New-York, 1884.
- KIDD (F.-W.). — *Dublin Journ. med. sc.*, 1896.
- * KIRMISSON. — *Revue d'orthopédie*, 1^{er} juill. 1895.
— *Traité des maladies chir. d'origine congénitale*. Paris, 1898,
p. 391.
— *Revue internationale médic. et chirurg.* Paris, 25 fév. 1904.
— *Revue générale de clin. et therap.* Paris, 1904.

- KIRMISSON. — *Bull. Soc. Chirurgie*, décembre 1898, 2 janv. 1899.
- KNAGGS. — *Lancet*. London, 1884, p. 775.
- KOLZMANN. — *Wiener med. Wochenschrift*, n° 23 et 24.
- * KRценLEIN. — *Berlin Klin. Vocht.*, 1879.
- * LABARRAQUE. — *Gaz. des Hôpit.*, 1846.
- * LAFARELLE et O'ZOUX. — *Journal med. Bordeaux*, 23 mai 1897.
- * LAGUAITE. — Thèse de Lyon.
- * LAMBINON. — *Journal d'accouchement*, Liège, 1900.
- LANGWILL. — *Edinb. med. Journ.*, novembre 1892.
- * LANNELONGUE. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1884, p. 200.
- * LARDENOIS. — *Union méd. du Nord-Est*. Reims, 1900, p. 157.
- * LARGEAU. — *Poitou médical*. Poitiers, 1887.
- * LARGER. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1884.
- * LARREY. — *Bull. Soc. Chir.*, 1856.
- LAURIE (J.). — *Lancet*. London, 1902.
- * LAUZET. — *Obs. in Thèse Foata*.
- * LEBRUN. — *Annales Soc. belge Chirurg.*, 15 mai 1897.
- * LECORNU. — *Bull. Soc. Anatomique*, 1897, p. 181.
- * LE DENTU. — *Bull. Soc. Anatomique*, 1873.
- * LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*, 1899, t. VIII, pp. 386-401.
- * LE GENDRE et BROCA. — *Traité prat. de Thérap. infantile méd. chirurg.*, 2° édit., 1908.
- * LEISIRINCK. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* Leipzig, 1872, p. 595.
- * LEJARS. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 21 déc. 1898.
— *Traité de chirurgie d'urgence*. Paris, 1906.
- * LEMAISTRE. — *Gaz. des Hôpit.*, 1864, p. 54.
- * LÉOTAUD. — *Bull. Soc. Anatomique*, 1839.
- * LERNON. — Thèse de Paris, 1886.
- LINDBLOD A. — *Upsala läkarefören förhande*, pp. 7 et 8, 1878.
- * LOBLIGEOIS. — Thèse de Paris, 1856.
- LUDWIG. — Thèse de Greifswald, 1891.
- LUTHER (J.-W.). — *Therap. Gaz. Detroit*, 1902.
- * MACLÉOD. — *Brit. med. Journal*, 23 oct. 1880, p. 657.
- * MAC CORMACK. — *Lancet*. London, 3 juin 1887.
- * MALAUSSÈNE et PEAUDELIEU. — *Considérations sur quelques opérations à la polyclinique de la Croix*, Nice, 1907.
- * MAISONNEUVE. — *Gaz. des Hôpit.*, 1849.
- * MAITRE. — Thèse de Lyon, 1887.

- * MALGAIGNE. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1846.
— Manuel de médecine opératoire, 1877.
- MANNDER. — *Med. Times and Gaz.*, 1877, p. 375.
- * MARCHAND. — *France Médicale*, 1881, p. 779.
— *Bull. Soc. Chirurgie*, 1884, p. 209.
- MARER. — *Pest. med. Chir. Presse*, Budapesth, 1893.
- * MARJOLIN. — *Bull. Soc. Chir.*, 1862.
- MARTIN. — Thèse de Paris, 1827.
- * MASON. — *Med. Times and Gaz.* London, 1853, p. 573.
- MASSOT. — *Lancet.* London, 1871.
- MATAS. — *Trans. Amer. Surg. Assoc.*, XV, p. 453.
- * MELCHIOR-ROBERT. — *Obs. in Thèse PASSEMARD.* Montpellier, 1907.
- * MIRIEL. — Thèse de Paris, 1835.
- MOELLER (fils). — *Annales de l'Institut de Chir.* Bruxelles, 1905.
- MOLLIÈRE. — *Traité des maladies du rectum.* Paris, 1877.
- * MONNIER. — *Revue de l'Internat*, 1908.
- MONTGOMERY. — *Lancet*, London, 1900.
- MORGAN. — *Lancet.* London, 1881.
- * MOUCHET. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1900.
- W. VON MURALT. — *Corresp. Bl. f. Schweiz*, n° 7, p. 199.
- MURRAY. — *Lancet.* London, 1892.
- NEWMAN. — *Lancet.* London, 1894, p. 741.
- NICHOLSON. — *Med. Record. New-York*, 7 sept. 1890.
- * DE NOBÉLE (E.). — *Gaz. des Hôpit.*, 1839.
- ORMROD. — *Brit. med. Journal.* London, 1900, p. 141.
- ORY. — *Bull. Soc. anatomique*, 1874, p. 48.
- * PACKARD. — *Am. Journ. of the med. sc.*, octobre, p. 488.
- * PAQUET. — *Bull. Soc. anatomique*, 1864.
- * PASSEMARD (P.). — Thèse de Montpellier, 1907.
- PEEBLES. — *Gaz. des Hôpit.*, 1840, p. 509.
- PEPPER. — *Journ. méd. and. sc.* Portland, 1904.
- * PERRET. — *Bull. Soc. anatomique*, 1864.
- * PETIT (J.-L.). — *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*, t. I, année 1743.
- * PETIT (L.-H.). — *Union médicale.* Paris, 10 avril 1884.
- * PIÉCHAUD. — *Obs. in Thèse DUCURON.*
- * PIERI. — *Obs. in Thèse PASSEMARD.* Montpellier, 1907.
- PIPPINGSKOLD. — *Finska lakaresallsk forhandl*, XVII, n° 1.
- * POISSON. — *Bull. Soc. médecine de Nantes*, déc. 1895.

- * POLAILLON. — *Union médicale*, 1877.
- * POLOSSON. — *Obs. in Thèse* ROBERT. Lyon, 1896.
- POWER. — *Tr. Path. Soc.* London, 1886.
- * PRINCETEAU. — *Compte-rendu du XX^e Congrès de chirurgie.*
Paris, 1907, p. 316.
- * PUECH. — *Thèse de Montpellier*, 1890.
- * QUEIREL. — *Notes et réflexions sur un cas d'absence d'anus, etc.*
Paris, 1889.
- * QUENU. — *Annales de Gynécologie*, mai 1889.
- * QUENU et HARTMANN. — *Chirurgie du rectum*, 1895.
- * RAMONET. — *Archives générales de médecine*. Paris, 1883.
- * RAUTZAIN. — *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, 1893.
- REDWOOD. — *Brit. med. Journal*. London, 1886.
- * REGNIER. — *Gazette hebdomadaire*, 1874.
- REMY. — *Journ. de clinique et de thérap. infantiles*. Paris, 1908.
- RENAUD. — *Bull. Soc. anat. chirurg. de Lille*, 1892.
- REITTERER. — *Journal d'anatomie*, 1890.
- * REVILLANT. — *Gaz. des Hôpit.*, 1877, p. 593.
- * RIBERA Y SANZ. — *Revista di med. y cirurg. prat.*, mai 1808.
- RIZZOLI. — *Gaz. médicale de Strasbourg*, 1872.
- ROBERT. — *Bull. de l'Académie de médecine*, 1856.
- * ROBERT (J.). — *Thèse de Lyon*, 1896.
- ROBERTSON. — *Glasgow med. Journal*, nov. 1882, p. 340.
- * ROCHARD. — *Gaz. des Hôpit.*, 1862, p. 159.
- * ROUSTAN. — *Montpellier médical*, 1891.
- * ROUX. — *Gaz. des Hôpit.*, 1841, p. 69.
— *Thèse de Montpellier*, 1844
- * ROWAN. — *Australian med. Journal*, mars 1877.
- * SAINT-GERMAIN. — *Gaz. des Hôpit.*, 1873, p. 869.
— *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, 1888.
- SANDERSON. — *Lancet*, London, 1890, p. 719.
- * SAVARIAUD. — *Revue d'Orthopédie*, 1905.
- SCARDULLA. — *Pisani*. Palermo, 1886.
- SCOTSON. — *Brit. med. Journal*. London, 1895, p. 530.
- * SERRAND. — *Thèse de Montpellier*, 1814.
- SHARP. — *Med. Gaz. New-York*, 1870.
- * SIEUR. — *Archives provinc. de chirurgie*, 1896-1897.
- SMALL (Ed.-H.). — *Journal of the amer. med. ass.*, 28 oct. 1905.
- SMITH. — *Brit. med. Journal*, London, 12 oct. 1878.

- SMITH. — *Lancet*. London, 14 fév. 1888.
- SNOWBALL. — *Med. News*, 21 novembre 1892.
- * SOUBEIRAN. — *Montpellier médical*, 1905.
- SQUIRES (G.-W.). — *Medical Record*. New-York, 10 oct. 1903, p. 576.
- STIEDA. — *Archives de Langenbeck*, 1893.
- STOLTZ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1867.
- STOTT (H.). — *Lancet*. London, 1886.
- STRETTON. — *Lancet*. London, 1888.
- STROMEYER. — *Handb. f. chirurg.*, t. II.
- STUCKY (W.-F.). — *Medecine*, nov. 1904, p. 831.
- TAYLOR. — *Brit. med. Journal*. London, 11 octobre 1879.
- TASSIUS. — *Betz's memorabilien*, Heilbr., 1877, p. 12.
- THOMAS. — *Brit. med. Journal*. London, 1884.
- THOMSON. — *Lancet*. London, 1894.
- * THORN (S.). — *Medical Record*. New-York, 1873, p. 147.
- * TICHENOR. — *The Orléans médical and surgical Journ.*, juil. 1883.
- * TILLAUD. — *Bull. soc. chirurgie*, 1873.
- * TOURNEUX. — *Précis d'embryologie*, 1898.
— *Journal de l'Anatomie*, 1888-1889.
— *Société de Biologie*, avril 1890.
- * TRÉLAT. — *Bull. Soc. Chirurgie*. Paris, 1862.
— *Diction. encyclop. des sc. médic.*, t. V, année 1867.
— *Union médicale*, 14 fév. 1886.
- * TRÈVES. — *Gaz. des Hôp.*, 1846, p. 24.
- TSITRIN. — *Russk. med.*, St-Pétersbourg, 1885.
- * VALAT. — *Bull. soc. anatomique*, 1888, p. 497.
- * VALBAUM. — *Berlin Klin. Vocht.*, 1880.
- VARGAS. — *Méd. de los ninos*. Barcelona, 1906.
- * VEAU. — *Pratique courante et chirurgie d'urgence*, 1904, p. 116.
- * VERAN. — *Echo médical du Nord*. Lille, 1906, p. 20.
- * VERNEUIL. — *Bull. soc. chirurgie*, 1873.
- * VERON. — *Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*. Rennes, 1907.
- * VIGUIER. — *Bull. Soc. anatomique*, 1873, p. 186.
- * VINCENT. — *Lyon médical*, 1887, p. 407.
- * VOILLEMER. — *Gaz. des Hôpit.*, 1887, p. 413.
- WALFORTH W. — *Brit. med. Journal*. London, 1897.
- * WENDT. — *Medical Record*. New-York, 1888, p. 22.
- WILSON. — *Medical News*. New-York, 1902.
- WRIGHT. — *Lancet*. London, 19 décembre 1892.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
-------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	13
CHAPITRE III. — Pathogénie.....	14
CHAPITRE IV. — Traitement.....	16

SECONDE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Étude des statistiques.....	22
CHAPITRE II. — Statistique personnelle.....	30
CHAPITRE III. — Complications tardives chez les opérés ...	34
I, Rétrécissement, 35; — II, Incontinence.....	48
OBSERVATIONS.....	60
Voie périnéale, 60; — Méthode de Littre, 73; — Méthode de Callisen, 74: — Méthodes périnéales et iliaques associées....	74
CONCLUSION.....	77

